

SÍLVIA NOGUEIRA CORDEIRO

**O MANEJO DE QUESTÕES DA SEXUALIDADE
EMERGENTES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
NO *SETTING* DA CONSULTA GINECOLÓGICA
UM ESTUDO CLINICO-QUALITATIVO**

Tese de Doutorado

**ORIENTADOR: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO**

Unicamp

2007

SÍLVIA NOGUEIRA CORDEIRO

**O MANEJO DE QUESTÕES DA SEXUALIDADE
EMERGENTES NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
NO *SETTING* DA CONSULTA GINECOLÓGICA
UM ESTUDO CLINICO-QUALITATIVO**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas

**ORIENTADOR: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO**

**Unicamp
2007**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

C811m

Cordeiro, Silvia Nogueira

O Manejo de questões da sexualidade emergentes na relação médico-paciente no *setting* da consulta ginecológica. Um estudo clínico-qualitativo. Silvia Nogueira Cordeiro. Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientadores: Egberto Ribeiro Turato, Paulo César Giraldo
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Gênero. 2. Mulheres. 3. Psicanálise 4. Lingüística.
5. Entrevistas. 6. Prática Profissional. 7. Consulta médica.
8. Sexualidade. 9. Relações interpessoais. 10. Corpo.
11. Identidade. 12. Pesquisa qualitativa. I. Turato, Egberto
Ribeiro. II. Giraldo, Paulo César. III. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

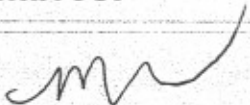
Aluna: SÍLVIA NOGUEIRA CORDEIRO

Orientador: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO

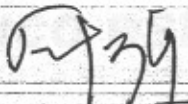
Co-Orientador: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO

Membros:

1.




2.



3.

UCLN Martins

4.



5.

mailler.

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 22/05/2007

200727746

Dedico este trabalho...

*Aos meus pais, José e Iracema.
Por tudo que representam para mim.*

*E aos meus filhos, Felipe e Gabriela
Que preenchem e renovam muitos significados em minha vida.*

Agradecimentos

Especialmente aos meus familiares, com muito amor e gratidão pelo apoio e incentivo que sempre me dedicaram:

Aos meus irmãos, sobrinhos, tios e primos, por estarmos sempre juntos e por me mostrarem, a cada encontro, novas dimensões do sentido de família.

Ao Hugo por tudo, e sobretudo por estar ao meu lado.

À Luli, Verônica, Martin, André, Catalina, Susi, Marta e Nicolas, pelos momentos de convivência em família.

Também quero agradecer com reconhecimento, estima e amizade:

Ao professor Egberto Turato, por sua sensibilidade como orientador que soube captar minhas idéias e necessidades, deixando-me livre o suficiente para criar e ao mesmo tempo sempre presente norteando a construção desta Tese. Por todos os momentos, descobertas e interlocuções que através dela se fizeram presente.

Ao professor Paulo César Giraldo por ter me mostrado o início do caminho e pelo incentivo de continuar sempre.

À professora Sonia Novaes de Rezende que prontamente me acolheu, e com muito entusiasmo supervisionou a análise das entrevistas, possibilitando uma escuta psicanalítica das falas que surgiram dos entrevistados e principalmente pela valiosa amizade.

Ao professor Eduardo Junqueira Guimarães, pela disponibilidade e pelas idéias compartilhadas sobre uma teoria nova para mim, e que muito enriqueceram a discussão do texto.

Aos colegas e amigos do Laboratório de Pesquisa Clínico Qualitativa, que num ambiente de reflexão constante, com muito afeto e descontração, causaram-me inúmeras novas questões que contribuíram para a finalização deste trabalho. Pela relação que daí construímos e pelos momentos e palavras de apoio.

A meus amigos e amigas que aceitaram minha ausência temporária, permanecendo, no entanto, lado a lado comigo. Especialmente pelos vários momentos que discutiram direta e indiretamente as questões trazidas por mim sobre o desenvolvimento da pesquisa. Agradeço, por tantas idéias compartilhadas, a Adiene Martins, Ana Maria Meyer, Gabriela Vilella.

À Joyce Freitas, que conheci quase no final deste percurso, pelos momentos de interlocuções tão valiosas, principalmente nesses tensos meses de finalização da redação.

A todos aqueles que estiveram presentes esclarecendo dúvidas acadêmicas e, por vezes, auxiliando com empréstimo de livros e artigos. Vera Lamano-Adamo, Sônia Rezende, Joyce Freitas, Adiene Martins, Vera Chvatal.

Aos funcionários da ASTEC, Maria do Rosário, Cylene, Neder, William Alexandre, e também à Sueli Regina e Klesio Palhares, pelo auxílio na editoração final do trabalho e da apresentação.

À Margarete Donadon, secretária da pós-graduação do Departamento de Tocoginecologia, por sua eficiência, dedicação e amizade.

À Márcia e à Conceição, secretárias do Departamento de Ginecologia e do Departamento de Obstetrícia – CAISM, pela prontidão em me ajudar sempre.

À Maria Auxiliadora, secretária do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, por ter gentilmente concedido os empréstimos de livros e artigos.

À Vanda Oliveira, bibliotecária do CAISM, por sua receptividade e colaboração em todos os momentos que precisei, principalmente nas correções e padronização das referências bibliográficas.

Ao Dr. José Nino Meloni, por escutar e acompanhar minhas travessias, que me permitiram entrar em contato e re-significar outras dimensões de mim mesma.

Aos ginecologistas que aceitaram participar do estudo e se dispuseram a falar sobre seu trabalho diário.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização deste trabalho.

À CAPES, pelo auxílio financeiro que possibilitou minha dedicação exclusiva aos estudos na pós-graduação.

"Escrever é tantas vezes lembrar-se do que nunca existiu"

(Clarice Lispector)

Os acontecimentos vividos só são significativos quando ganham possibilidade de serem nomeados, postos em palavras. Escrever e resgatar uma vivência subjetiva, que existiu em um determinado momento, mas que se perdeu no tempo, refinar o pensamento para torná-lo palatável aos leitores é uma das funções de quem escreve uma tese.

Como a pesquisa qualitativa prevê que as questões subjetivas do pesquisador permeiem o campo da investigação, vou iniciar este trabalho escrevendo sobre meu interesse pelo estudo das relações médico-paciente.

Posso dizer que, de forma consciente, penso que surgiu há muito tempo quanto ainda estava na graduação e comecei a fazer um estágio no Grupo de Parto Alternativo do Departamento de Tocoginecologia. O acompanhamento dos casais durante o grupo e posteriormente no trabalho de parto e parto, defrontaram-me com a relação médico-mulher e médico-família. Estas experiências causaram-me grande impacto, principalmente por me possibilitarem conviver com os acontecimentos naturais da vida e conhecer de perto alguns dos primeiros momentos do contato mãe-bebê-pai. Como no curso de Psicologia estudava justamente as questões emocionais, estas experiências, somadas à parte teórica dos estudos, contribuíram para meu interesse em desenvolver trabalhos na área da saúde da mulher e iniciar um caminho na psicanálise.

Depois de desenvolver alguns projetos nesta área na rede pública, inscrevi-me no mestrado com um projeto de pesquisa visando estudar aspectos psicossomáticos das mulheres que apresentavam quadros de vulvovaginites recorrentes. Durante os três anos que participei do Ambulatório de Infecções Genitais – CAISM, observava muito a dinâmica da relação médica-paciente. Naquele momento minhas observações eram sobre um recorte muito específico desta clínica. As mulheres com diagnóstico de vulvovaginite recorrente vão ao

ginecologista com uma frequência muito maior do que as outras mulheres. Algumas indagações começaram a surgir, entre elas quais seriam as questões subjetivas da relação médico-paciente nesta especialidade. Soma-se a isto o fato de ser casada com um obstetra e ter, portanto, na minha vivência pessoal uma outra proximidade com estas questões.

Após a dissertação de mestrado e com o apoio do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, comecei a redigir o projeto de pesquisa, que resultou nesta tese. Esta é fruto de minhas reflexões e revela muito do momento atual do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Considero que o estudo da relação médico-paciente seja muito importante para as práticas de humanização do atendimento na saúde, propostas que há algum tempo vêm sendo discutidas e implementadas, tanto na assistência aos pacientes quanto na formação de novos profissionais da saúde. Olhar para esta relação sob o vértice da psicanálise é um caminho que possibilita conhecer e talvez compreender algumas questões emocionais que podem mobilizar internamente os médicos e interferir não só na dinâmica desta relação como no próprio tratamento.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	xv
Resumo	xvii
Summary	xix
1. Introdução	21
1.1. Ser Masculino ↔ Feminino	21
1.2. O Corpo como Continente do Ser Humano.....	27
1.3. O Corpo Feminino como Objeto de Investigação da Medicina	32
1.3.1. O Surgimento da Ginecologia.....	35
1.4. Corpo e Subjetividade: o Masculino e o Feminino no <i>Setting</i> da Consulta Médica.....	38
2. Objetivos	45
2.1. Objetivo Geral	45
2.2. Objetivos Específicos	45
3. Sujeitos e Métodos.....	47
3.1. Construção da Amostra	47
3.2. O Método Clínico-Qualitativo.....	49
3.3. Atenção central aos sentidos e significados.....	51
3.4. Pesquisador como instrumento	54
3.5. Técnica de Entrevista Semidirigida de Questões Abertas	55
3.6. Diário de Campo e Procedimentos de Aplicação dos Instrumentos Auxiliares	56
3.6.1. Planejamento e execução da fase de aculturação	56
3.6.2. Contato com a coordenação dos centros de saúde do município de Campinas.....	57
3.6.3. Entrevistas de aculturação: considerações gerais	59
3.7. Coleta dos Dados	61
3.7.1. Procedimentos gerais em campo	61
3.7.2. Descrição geral sobre as entrevistas realizadas	61
3.7.3. Sobre a não disponibilidade para participar do estudo.....	64
3.8. Técnica de Tratamento dos Dados.....	68
3.8.1. Validação Externa – Reunião de Revisão com os Pares	69
3.9. Cuidados Éticos	69
4. Resultados e Discussão.....	71
4.1. Características sociodemográficas dos sujeitos.....	71
4.2. A consulta médica como um encontro no vínculo afetivo-profissional	72
4.3. Consulta médica como um encontro identificatório.....	78
4.4. Consulta médica extrapola o encontro bi-pessoal.....	84
4.5. Aspectos contratransferenciais peculiares da consulta ginecológica	88
4.6. O Manejo das pulsões mobilizadas na relação com o feminino	91
4.7. Posturas ambivalentes do masculino frente ao feminino	99
4.8. O exercício da ginecologia como um processo de revisão pessoal.....	103
4.9. Gênero: algumas reflexões sobre as mobilizações internas diante das diferenças que constituem homens e mulheres	109
4.10. Sobre a não possibilidade de Participar do Estudo.....	114

4.10.1. O dito e o implícito	118
4.10.2. Entre o não dito e o silêncio.....	124
5. Conclusões.....	129
5.1. Considerações finais.....	130
6. Referências Bibliográficas.....	131
7. Bibliografia de Normatizações.....	141
8. Anexos	143
8.1. Anexo 1 – Carta de Autorização da Coordenação do Serviço Onde se Realizarão as Entrevistas	143
8.2. Anexo 2 – Roteiro de Campo Com o Instrumento Auxiliar de Pesquisa.....	144
8.3. Anexo 3 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	146

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

LPQC	Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa
CS	Centro de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Os recortes do objeto deste estudo foram as vivências de ginecologistas relatadas frente a questões da sexualidade no enquadre da consulta médica. Nossa *hipótese inicial* é que haveria certo distanciamento afetivo modulado pela relação médico-paciente, estabelecido enquanto mecanismo de defesa, com o propósito de poder manejar o mais adequadamente possível as questões da sexualidade que permeiam uma consulta ginecológica habitual. Diante deste pressuposto, nosso *objetivo* foi interpretar as significações psicológicas atribuídas a tais vivências e a fenômenos diversos relatados por ginecologistas em relação às questões da sexualidade usualmente emergentes no *setting* da consulta médica. Para tanto, utilizamos o *Método Clínico-Qualitativo* que busca discutir as relações encontradas entre significados simbólicos e fenômenos vivenciados. A amostra de sujeitos consistiu de médicos ginecologistas, de ambos os sexos, construída pela técnica de saturação de dados coletados, estratégia usual em amostragens da investigação qualitativa. Foi definido, portanto, em campo o número de pessoas entrevistadas. A técnica de coleta de dados empregada para viabilizar o método foi a Entrevista Semidirigida de Questões Abertas, que permite um contato em profundidade entre entrevistador-entrevistado, complementada por dados diversos anotados em

diário de campo e, em especial, a observação acurada e global do informante. Quanto aos procedimentos, tivemos um Diário de Campo para anotação de dados dividido em três partes: dados sucintos de identificação dos sujeitos em estudo; anotações das manifestações globais do sujeito durante a entrevista e dados de auto-observação (reações do tipo contratransferencial). A técnica de tratamento dos dados colhidos foi a da Análise Qualitativa de Conteúdo, propiciando a categorização/subcategorização, a partir de leituras flutuantes do conjunto de entrevistas transcritas – o corpus. A discussão/interpretação dos resultados foi conduzida à luz dos conceitos psicodinâmicos. Os principais resultados consistiram na discussão de nove categorias: 1) A consulta médica como um encontro em um vínculo afetivo profissional; 2) A consulta médica como encontro identificatório; 3) A consulta médica ultrapassa o encontro bi-pessoal; 4) Aspectos contratransferenciais peculiares da consulta ginecológica; 5) Manejo das pulsões mobilizadas na relação com o feminino; 6) Postura ambivalente do masculino frente ao feminino; 7) O exercício profissional, como um processo de revisão pessoal; 8) Gênero: algumas reflexões sobre as mobilizações internas diante das diferenças que constituem homens e mulheres; 9) Sobre a não disponibilidade de participar do estudo. As conclusões apontaram que a relação médico-paciente está sujeita às interposições de experiências emocionais que constituem o psiquismo. O manejo das demandas inconscientes despertadas a partir da relação médico-paciente está associado à capacidade de elaboração de núcleos conflitivos que permeiam o dinâmico campo das relações humanas.

Summary

This study's objective essence was the narrated gynaecologists' experiences in the face of sexuality questions within the remit of a medical consultation. Our initial hypothesis was that there had been a certain modulated effective distancing, for the physician-patient relationship, established as a defence mechanism, with the purpose of being able to manage, in the most adequately possible manner, the sexuality questions that permeate a normal gynaecology consultation. In the face of this presupposition, our objective was to interpret the psychological significances attributed to such experiences and the diverse phenomena related by gynaecologists in relation to questions of sexuality, usually emerging within the medical consultation setting. For such the Clinical-Qualitative Method was utilized, which looks to discuss the relationships encountered between symbolic meanings and life experience phenomena. The subject sample consisted of medical gynaecologists, of both sexes, built up through the technique of data collection saturation, the normal strategy in qualitative investigation sampling. Consequently, in the field the number of people interviewed was defined. The data collection technique used in order to make the method viable was the Semi-Directed Interview with Open Questions, which allowed for in-depth contact between interviewer and interviewee, complemented by various

field diary notes, and especially the careful and global observation of the informant. As to the procedures, the team made use of a Field Diary for noting data, divided into three parts: succinct identification data concerning the study's subjects; notes on the subject's overall manifestations during the interview and self-observation data (reactions of the contra-transference type). The Data Treatment Technique used with the collected data was Qualitative Content Analysis, favouring categorization/sub-categorization, starting from the floating readings of the group of transcribed interviews – the *corpus*. The Discussion/Interpretation of the results was conducted on the basis of psycho-dynamic concepts. The principal results consisted in the discussion of nine categories: 1) The medical consultation as a meeting within a dedicated professional bond; 2) The medical consultation as an identifying encounter; 3) The medical consultation goes beyond the bi-personnel meeting; 4) Peculiar contra-transference aspects of the gynaecology consultation; 5) Management of mobilized jumps in the relationship with a female; 6) Male ambivalent posture in front of a female; 7) Professional practice as a personal revision process; 8) Gender: some reflections about internal mobilizations in the face of the differences that make up men and women; 9) Concerning the non-availability of participating in the study. The conclusions point out that the physician-patient relationship is subject to the interference of emotional experiences that make up the psychism. The managing of awakened unconscious demands starting from the physician-patient relationship is associated with the capacity to deal with conflicting nuclei that permeate the dynamic field of human relations.

1. Introdução

“A proporção em que masculino e feminino se misturam num indivíduo está sujeita a flutuações muito amplas. (...) e aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge do alcance da anatomia.”

(FREUD, 1933)

1.1. Ser Masculino ↔ Feminino

Entende-se que a discussão sobre o manejo das questões da sexualidade nos *setting* dos cuidados à saúde partiria naturalmente da construção da sexualidade das pessoas envolvidas, embora o presente trabalho não tenha incluído no recorte do seu objeto a análise das características básicas de identidade sexual dos sujeitos estudados. Porém, faz-se necessário apontar aspectos relevantes relacionados à construção da sexualidade, uma vez que para a psicanálise, abordagem teórica na qual se pretendeu ancorar este estudo, esta tem um lugar marcante na constituição do sujeito.

O modelo biológico do masculino e do feminino é válido para uma definição celular, porém definir o termo masculino e feminino como identidade de gênero é mais complexo, pois são poucas as palavras que podem condensar conteúdos

tão abstratos e ao mesmo tempo profundos (Ceccarelli, 1997). As noções de identidade vão desde aquelas mais corriqueiras e populares, como identidade enquanto documento particular de cada cidadão, até aquelas muito elaboradas que remetem a questões psíquicas, sociais e culturais.

A representação de si, a partir da qual pode-se apreender a identidade é sempre um “objeto ausente” (o si mesmo). Portanto a identidade compõe-se de um conjunto de representações que responde à pergunta “quem és” (Jacques, 1998).

Dentro das ciências naturais, a palavra sexo é usada para definir os aspectos anatomo-fisiológicos do ser humano, enquanto que o termo gênero diz mais respeito à construção social dos papéis masculinos e femininos, a partir de “atributos culturais alocados a cada um dos sexos”. Já a antropologia atribui maior valor à participação da cultura na modelação dos seres humanos, tais como homens e mulheres, em detrimento da sua natureza biológica, que participaria apenas na configuração exterior dos sexos. Assim, dentro desta abordagem, não é a natureza dos sexos que determina o caráter masculino ou feminino, mas o meio cultural (Heilborn, 1995).

O termo identidade tem sido usado em filosofia para referir-se a duas questões distintas. Primeiramente, é o que confere a algo ou alguém sua natureza ou essência, ao abrigo das variações de tempo e lugar – concepção de que se faz uso neste trabalho. Em outra acepção, é o que permite afirmar que duas pessoas ou coisas são iguais (Zaretsky, 1995).

Na perspectiva psicossocial, a palavra gênero foi empregada como conceito por Stoller (1993), inicialmente para distinguir sexo (anatômico) de identidade (no

sentido social ou psíquico). Nesta acepção, gênero designa o sentimento (social ou psíquico) da identidade sexual, enquanto sexo define a organização anatômica da diferença entre o macho e a fêmea.

Alguns autores indicam como característica da identidade os sentimentos de coesão e de ser idêntico; uniformidade, continuidade; e, ainda, relações significativas com processos de socialização. Isso leva a uma configuração estável da identidade de um indivíduo, processo no qual o ego tem papel predominante, pois é ele que exerce a capacidade de sintetizar os diversos aspectos identificatórios no decorrer da vida. Esses aspectos identificatórios são básicos na estruturação da identidade (Erikson, 1987, Zimmerman, 2001).

No processo de formação da identidade deve se considerar as influências das relações mais imediatas do indivíduo com familiares e as relações com a sociedade em geral. Isso é interessante porque nos introduz na questão que parece permear toda a reflexão acerca da identidade, ou seja, é um construto ligado a diversos aspectos da personalidade – desde os mais primitivos, internos e subjetivos até aqueles mais visíveis, objetivos e palpáveis.

Ainda no tocante à psicanálise, o conceito de identidade é menos familiar do que o conceito de identificação. Segundo Costa (1998, p.15), “identificação e não identidade é o termo mais adequado à descrição dos processos mentais, vistos sob a lupa psicanalítica”.

Laplanche e Pontalis (1991, p. 226) lembram que a identificação é um “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade,

um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se então, a diferença por uma série de identificações”. Freud (1921, p. 2585), em sua obra *Psicologia de grupo e análise do eu*, diz que "a identificação é conhecida em psicanálise como a manifestação mais precoce de um laço afetivo".

Recorde-se que um sentimento de identidade coeso e harmônico resulta do reconhecimento e da elaboração das distintas identificações parciais, que desde os primórdios do desenvolvimento foram se incorporando ao sujeito pela introjeção dos códigos de valores dos pais e da sociedade (Zirmerman, 2001).

Portanto os dois conceitos - identidade e identificação - estão intrinsecamente ligados, um contribuindo para a formação do outro.

Por sua vez, Simone de Beauvoir (1990) expressou uma idéia que, mantida na sua circularidade dialética, pode revelar uma verdade: a mulher só se torna mulher sob o olhar do homem; o homem só se torna homem sob o olhar da mulher. Esta frase pode exemplificar a importância do olhar como algo que estrutura a subjetividade, bem como se daria a reciprocidade entre os sexos. É através do olhar que cada um se descobre sexuado e, a partir daí, tem que lidar com as limitações de pertencer a um determinado sexo.

Quinet (2002), através de um estudo sobre o pudor, verificou que o olhar como objeto de desejo “que enrubesce” revela a posição feminina como sendo a daquela que é olhada, assim como a posição masculina, como a de quem olha. Em outras palavras, pode-se dizer que a formação e estruturação da identidade dependem

da relação com o outro. É a partir dessas relações que se pode construir um sentimento que nos defina, pois o olhar do outro dá-nos a noção acerca do que somos.

Poder-se-ia ampliar esta idéia, supondo que na relação médico-paciente, independentemente da identidade sexual de cada um, também estaria implícito o jogo do olhar. O olhar, esse objeto peculiar, adquire uma significação muito especial para os sujeitos, homens ou mulheres, uma vez que esse objeto é extremamente importante na estruturação do psiquismo.

Sob o enfoque psicanalítico, pode-se supor que o ser humano aparece concretamente nas diferenças entre homem e mulher. Ainda segundo Stoller (1993), a descoberta da diferença sexual contribui para a representação, lentamente adquirida, de um “gênero nuclear”. Sobre esta base, a criança virá a identificar-se como “masculina” ou “feminina”, por meio de representações mentais que, mais do que provenientes de dados biológicos, são predominantemente criadas pelas injunções do inconsciente biparental e pelos conceitos transmitidos pelos ambientes social e cultural ao qual os pais pertencem.

Conforme Lichtenstein (1961) observou, o desenvolvimento de nosso sentido de identidade pessoal é semelhante ao mito de Janus em sua construção; por um lado, englobando “aquilo que se assemelha a mim” e, por outro, “aquilo que é diferente de mim”. O ser humano tem que lutar para sempre com a necessidade de definir a si mesmo, de criar uma identidade que não lhe é basicamente inerente à força de automatismos inatos.

Parte-se da premissa de que homens e mulheres fundam dois modos diferentes e relacionados de serem humanos. Não como um espelho que reproduz sempre a mesma imagem, mas como uma janela que mostra outra paisagem além de si, outra possibilidade de ser (Muraro e Boff, 2000).

Questiona-se então o que significa ser homem e ser mulher e como se relacionam as identidades. Sabe-se que a cultura indica destinos diferenciados para o homem e para a mulher. A partir do sexo biológico, ela define quais papéis homens e mulheres devem assumir na sociedade.

Por outro lado, masculino e feminino compreendem uma dimensão simbólica, (falar, pensar, agir) da representação de estar no mundo, podendo estar ligados à condição sexual, homem/mulher, mas também representando aspectos psíquicos como forças produtoras de identidade (Sanford, 1986). Masculino e feminino existem em cada ser humano, independentemente do sexo.

O masculino e o feminino colocam-nos frente ao limite da realidade. Por mais que os conceitos busquem apreendê-los, sempre aparecem como inadequados, pois a linguagem é formal, própria do cérebro neocortical, enquanto que o fenômeno masculino/feminino pertence ao cérebro límbico, feito de emoções e significados (Muraro e Boff, 2000). Pode-se pensar o ser humano como constituído de traços de masculinidade e feminilidade. Estas categorias pertencem ao âmbito do enigma da existência, porém as diferenças que os constituem estão inscritas, em primeira instância, no corpo de cada sujeito - homens e mulheres.

1.2. O Corpo como Continente do Ser Humano

“Eles perceberam que estavam nus” (livro do Gênese, 3:7). Depois deste momento mítico o corpo não poderia mais ser ignorado. Starobinski (1980) evoca a percepção da nudez como a evidência irrefutável da corporeidade do sujeito, um sujeito feito de carne e osso, habitando um corpo. Portanto, o corpo é também a parte material de um indivíduo.

Falar do corpo supõe defrontar-se com vários corpos: o corpo biológico, corpo da anatomia e dos estudos intervencionistas e invasivos da medicina; o corpo social produto das disciplinas ligadas à sociologia e psicologia social; o corpo estético e da beleza corporal que ganha espaço na mídia e no imaginário das pessoas; o corpo filosófico; o corpo histórico; corpo objeto de arte e admiração; corpo antropológico corpo religioso e o corpo da psicanálise. O corpo aparece como objeto de investigação dos diversos campos do conhecimento. No presente estudo, porém, houve a preocupação de falar sobre o corpo do sujeito, tal como abordado pelo instrumental teórico-clínico da psicologia e psicanálise.

Foi através do corpo, ou mais especificamente de uma linguagem sobre o corpo, que Freud deu um passo importante em direção à existência do inconsciente. A teoria freudiana se desenvolveu devido à metapsicologia que se confrontou com a biologia, estabelecendo o campo psicanalítico em oposição ao campo biológico. Segundo Mandet (1993), o corpo a que se refere a psicanálise é o corpo enquanto objeto para o psiquismo. É o corpo das representações inconscientes,

o corpo investido em uma relação de significação, construído em seus fantasmas e em sua história.

Assoun (1995) aponta para a variedade de termos com que Freud se expressa em relação ao corpo. O corpo aparece como *Körper*, corpo real, objeto material e visível que ocupa um espaço e pode ser designado por certa coesão anatômica. Mas é também *Leib*, ou seja, o corpo tomado em seu enraizamento, em sua própria substância viva, o que não pode passar sem uma conotação metafísica: não é apenas um corpo, mas o corpo, princípio de vida e individuação. Corpo remete também ao registro somático (*soma* – corpo somático – *somatisches*), adjetivo que permite evitar os efeitos dos dois outros substantivos, descrevendo os processos determinados que se organizam segundo uma racionalidade própria.

Segundo Mandet (1993), o corpo biológico, corpo-soma, em seu destino, tornar-se-á uno como o corpo erógeno, ainda que, apesar de uno, não signifique que constituirá uma unidade. Como o corpo impõe permanentemente ao psíquico o trabalho de ser representado, esse mesmo processo vai devolver ao corpo biológico sua dimensão de pertencer a uma realidade exterior ao eu. O corpo-soma não só constitui um corpo erógeno, como a própria erogeneidade garante as funções somáticas ao corpo.

Freud (1905), ao articular a teoria da sexualidade, inicia uma verdadeira revolução na concepção de corpo. Ou seja, a partir do corpo biológico, corpo da necessidade fisiológica, ele vai desembocar na noção de corpo erótico inserido na linguagem, na memória, na significação, na representação, enfim no simbólico.

A forma pela qual percebemos nosso corpo não nos é dada de modo apriorístico quando nascemos, mas é construída ao longo de nosso desenvolvimento. A criança vai adquirindo domínio e conhecimento corporal até conseguir usá-los para suas ações, desenvolvendo assim um esquema corporal (De Meur e Staes, 1989).

Sabe-se que desde o nascimento o ser humano tem que lidar com as sensações de prazer e desprazer que são experimentadas pelo corpo, não apenas pela maturação e evolução das funções biológicas, como também pelo amadurecimento e a complexidade das dimensões psicoafetivas. Há, portanto, dois eixos fundamentais sob os quais irá se constituir o sujeito. De um lado, o par parental (ou substituto) já imerso na cultura, “incorporados” de afeto e linguagem, que propicia à criança a satisfação de suas necessidades biológicas e o prazer desta ser desejado por eles. Do outro lado está a criança contando com uma potencialidade psicológica inata, que em contato com o meio buscará perseverar na existência (Stern, 1992).

Por meio de gestos, toques e palavras, essas experiências promovem a erogenização do corpo, que transcende gradativamente seus funcionamentos automáticos, determinados pelas funções orgânicas, para alcançar novas formas de experiências que podem tanto conduzir ao prazer como à angústia. A partir destas experiências corporais, que vão além da fisiológica, constituem-se o corpo e a subjetividade do sujeito, dando-lhe a possibilidade tornar-se um ser desejante, social e cultural (Volich, 2000). Portanto, na dimensão do humano, não existe possibilidade de constituição da subjetividade que se dê fora de um campo interpessoal.

Pode-se dizer que o ato de perceber o outro se dá através do corpo/sentidos, já que o outro corpo nos afeta tanto objetivamente como subjetivamente, por estamos impregnados por marcas internas – psíquicas e corporais. No interior de cada encontro, afetos são disparados e a dimensão de possibilidade do encontro vai depender (em parte) da “negociação” que cada um pode fazer com essas vivências e marcas anteriores/atuais. Por mais que o ato de perceber seja veiculado pelo olhar, ouvir, cheirar e tocar, essa percepção se dá mapeada e delineada por marcas e inscrições. O corpo próprio se relaciona com o exterior mediante um mapeamento afetivo/lingüístico.

É interessante observar o impacto e a intensidade de sentimentos e sensações que a visão do corpo humano produz nas pessoas. Na sociedade contemporânea, o corpo, principalmente o nu, tem estado freqüentemente exposto. O corpo do outro mobiliza a libido, serve de parâmetro e de referência. É através dele que estabelecemos relações com tudo o que é externo a nós, e é através dele que, mesmo inconscientemente, manifesta-se tudo o que é interno a nós (Pires, 2001).

Freud (1905), em “Os três ensaios sobre a sexualidade infantil”, procurou mostrar não somente a maneira pela qual as crianças conhecem através do corpo, o sexo, e constroem suas teorias sobre o assunto, mas como é que, através das teorias sexuais infantis, constrói-se o próprio pensamento. Segundo ele, todos os seres humanos vêm marcados por uma premissa comum a homens e mulheres, que diz respeito à crença na existência de um único sexo: o sexo masculino. A questão que está em jogo nesta suposição é a de que não haveria diferenças.

Psicanaliticamente, possuir um aparelho genital masculino ou feminino não confere a identidade do sujeito. Esta é construída ao longo do processo de desenvolvimento.

A surpresa e inquietude nascidas da comparação do sexo feminino com o sexo masculino provocam reações fundamentais que devem marcar a sexualidade, e com ela toda a personalidade adulta (Chasseguet-Smirgel, 1988). Esta seja talvez uma das grandes problemáticas que o sexo introduz, através do corpo, para os seres humanos, porque homens e mulheres não são anatomicamente iguais.

Os limites no conhecimento do outro e do outro sexo têm, como correlatos, limites no reconhecimento em si mesmo, de algumas disposições sexuais presentes no outro sexo. Não somente o homem e a mulher ignoram, quando crianças, a sexualidade que lhes é estranha e a sua própria, mas ainda continuam, quando adultos, a desconhecer o que há, em cada um, do outro. Em outras palavras, ignoram grande parte de sua sexualidade (Chasseguet-Smirgel, 1988).

A primeira impressão que o indivíduo tem do seu corpo é a sensação, e a primeira impressão que se tem do corpo do outro é a imagem. A visão é o sentido mais desenvolvido e explorado em nossa sociedade. A organização verbal é posterior à visual e assim as palavras surgem, como representações das imagens e das sensações (Pires, 2001).

Se pegarmos o referencial da arte, especificamente as artes visuais, veremos que durante séculos apropriaram-se do corpo humano como objeto de inspiração. Em suas técnicas de desenho, pintura e escultura usadas para representar o corpo, o artista não necessita tocar o corpo do modelo, pois o “contato” neste caso é feito

através do olhar. A imagem é captada e inicia-se automaticamente um processo no qual ela é analisada e codificada conforme os elementos internos, ou seja, tudo o que a imagem do outro desperta no sujeito ou no artista (sensações, sentimentos, pensamentos, etc.) e mais os elementos socioculturais (Gombrich, 1979).

Já no referencial das ciências médicas, o corpo humano - objeto de estudo e intervenção - sofre imprescindivelmente, da palpação à ausculta, um contato físico. Nesta prática, havendo proximidade física entre médico e paciente, a manipulação do corpo poderá interferir no contorno daquilo que separa o que é interno do que é externo.

Durante o percurso da vida, vários são os corpos que se apresentam. O corpo toma a frente da cena social; sua forma ou seu funcionamento são assuntos freqüentes tanto no meio científico como fora dele. A pretensão de abordar o corpo através da psicanálise é porque ele se apresenta, ao mesmo tempo, como palco onde se desenrola o complexo jogo de relações entre o psíquico e o somático, e como personagem integrante da trama dessas relações. É este corpo que permeiam as idéias da presente pesquisa.

1.3. O Corpo Feminino como Objeto de Investigação da Medicina

Foi visto que o corpo humano sempre suscita questões, gerando formulações diversas no interior de vários campos do conhecimento. A unicidade do corpo imediatamente se transforma em uma verdadeira multiplicidade de corpos, se o olhar se dirige para o corpo como “objeto de estudo” (Fernandes, 2003).

Em especial, o corpo feminino e seu funcionamento sempre foram vistos como algo misterioso e enigmático. A prática gineco-obstétrica apresenta uma especialidade única na medicina, pois ela lida não só com os problemas da saúde, mas com tudo o que envolve o corpo feminino. Esta conotação, evidentemente, não é apenas da prática que se exerce em tocoginecologia, mas do seu objeto: o corpo da mulher. É este que determina esta especificidade e, contraditoriamente, é por esta prática submetido (Melo, 1983).

Se voltarmos na História, veremos que os papiros egípcios (6000-1200 a.C.) são referências remotas que contém informações sobre as enfermidades do corpo feminino. A parte que aborda as doenças das mulheres e o seu tratamento envolve também discussões sobre os problemas de economia doméstica, em uma clara demonstração de serem ambos os temas afeitos à mulher egípcia. Os registros sobre a mulher eram quase sempre de mulheres nuas, dando pouca atenção à fisionomia do rosto. Em contrapartida, davam ênfase aos quadris e aos órgãos genitais. Com bastante frequência, o triângulo pubiano destacava-se nas pinturas (O'Dowd e Philipp, 1995).

O papiro de Kahun, de 2000 a.C, descreve o útero como sendo um organismo vivo, independente e dotado de movimentos próprios. Quando "irritado", poderia se deslocar provocando enfermidades. É bastante compreensível que a terapêutica ginecológica deste período utilizava-se de práticas mágico-religiosas para obter seu intento, tendo em vista que o objeto de cura, o aparelho reprodutor feminino, não era visível (O'Dowd e Philipp, 1995).

Os hindus (1500 a.C. – 500 d.C.) tinham as idéias mais sofisticadas acerca das atividades sexuais, direitos das mulheres, e manutenção da saúde. Quando a

mulher era estimada, sua saúde física era tratada como se fosse tão importante quanto a dos homens (O'Dowd e Philipp, 1995).

As práticas da ginecologia utilizadas na Índia foram difundidas na Grécia e Itália (500 a.C. – 500 d.C.). Um dos mais importantes médicos gregos foi Sorano de Éfeso. Éfeso era uma cidade da Ásia, situada entre o leste da Grécia e oeste da Índia. Sorano foi um dos mais sábios, críticos e lúcidos autores da Antigüidade. Tornou-se um marco teórico-prático da ginecologia e obstetrícia da Idade Média. Em sua principal obra, “Sobre as doenças das mulheres”, descreveu o aparelho genital feminino comparando o útero a uma ventosa aberta durante o coito e a menstruação. Sorano deve ter tido, junto às parteiras, um largo acesso à prática ginecológica e ao exame da genitália feminina. Em um período em que não se cogitava a presença do homem, médico, para dar soluções aos problemas femininos (Margotta, 1998).

A medicina chinesa da Antigüidade também discriminou a mulher nas suas observações, por forças das pressões sociais que excluíram a figura feminina do convívio social. Acreditava-se que não era bom ao médico examinar uma mulher intimamente. As famílias chinesas ricas possuíam bonecas de tamanho natural, na qual as mulheres apontavam aos médicos o local de seu padecimento. O contato próximo que havia entre paciente e médico era o momento em que este lhe tomava o pulso, feito com um biombo entre ambos para evitar intimidades (Margotta, 1998).

Até o século XVIII, o corpo feminino era visto, tanto por pregadores da Igreja católica quanto por médicos, como um palco nebuloso e obscuro onde se digladiavam Deus e o Diabo. Qualquer doença que acometesse a mulher era

interpretada como indício da ira celestial contra pecados cometidos, ou então era diagnosticada como sinal demoníaco (Del Priore, 1997).

As mulheres daquele século que manifestavam desejos sexuais tinham o diagnóstico associado a uma sexualidade fora do controle, como a fúria uterina, e eram tratadas como delinqüentes e como problemas disciplinares, e não como casos médicos (Goldberg, 1988).

1.3.1. O Surgimento da Ginecologia

O surgimento da especialidade médica da ginecologia deu-se no século XIX, atrelado à obstetrícia. O desenvolvimento de uma especialidade médica da mulher ou da sexualidade e da reprodução ainda enfrentava o risco da condenação moral, na medida em que intervinha em um campo delicado e tradicionalmente suscetível à discussão. Mesmo assim, a criação desta especialidade possibilitou às mulheres terem um lugar privilegiado no hospital, tanto através do estabelecimento da maternidade quanto nas unidades de consultas ginecológicas. Esse empreendimento teve um papel fundamental no argumento em torno da especificidade feminina. As doenças das mulheres eram percebidas como difíceis, acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa, o que requeria atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos desse excitamento nervoso (Rohden, 2002).

Na análise que se faz da história da ginecologia, pode-se observar que a constituição dessa especialidade está associada à crença de que o sexo e a reprodução são mais fundamentias para a natureza da mulher do que para a do homem. Os fenômenos fisiológicos do corpo feminino, como a menstruação, gravidez,

climatério, afetariam a mulher de tal maneira que não haveria equivalentes no caso do corpo masculino. E foi a partir das funções diferenciadas na reprodução que se prescreveu papéis sociais muito distintos para homens e mulheres (Moscucci, 1993).

A relação desses temas mostra como a identificação de características supostamente naturais e observáveis cientificamente tecia as bases para a justificativa das diferenças entre os sexos quanto aos seus papéis sociais. A natureza já tinha estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir. Escapar dessa determinação era ir contra as leis da espécie e da evolução (Rohden, 2002).

A ginecologia teria legitimado essa visão. Mais do que isso, é a crença na singularidade do corpo feminino como determinado à reprodução que possibilitou a formação dessa especialidade, que definiu as mulheres como um grupo particular de pacientes e um tipo distinto na espécie humana (Berriot-Salvadore, 1993).

Foi a partir desse quadro que a ginecologia se constituiu, não apenas como o despretensioso estudo e tratamento das doenças das mulheres, mas como uma ciência da feminilidade e da diferença sexual. Tratou-se de um conhecimento elaborado a partir das mulheres, da percepção de como são distintas em relação ao homem.

A medicina, e em particular a ginecologia e a obstetrícia, está baseada não somente na ideologia da sociedade tecnocrática, mas ainda na ideologia de uma sociedade patriarcal. Para muitos, a medicina é androcêntrica e os seus valores são aqueles dos homens, que são os detentores do poder. A medicina trata homens e mulheres sob a ótica da sociedade tecnocrática, como “máquinas”, e o tratamento dispensado às mulheres ainda é afetado pela ideologia do patriarcado.

De acordo com este modelo, o masculino parece ser metaforicamente entendido como uma “máquina de melhor qualidade” do que o feminino, devido ao fato de apresentar maior regularidade em sua forma e menor variabilidade em seu funcionamento, e conseqüentemente menos propenso a “falhas” (Rothman, 1982).

As características anatômicas próprias do gênero feminino, tais como o útero, ovários e mamas, assim como os processos biológicos e fisiológicos do corpo da mulher, como menstruação, gravidez, parto e menopausa, são muitas vezes tratados como um acontecimento propenso a “falhas”, causadores de incômodos ou para alguns profissionais, potencialmente patológicos. Logo, neste modelo, as mulheres, em cujos corpos ocorrem tais “processos degenerativos”, são suscetíveis de serem convencidas que ficariam melhores sem estes acontecimentos naturais (Davis-Floyd, 2001).

O papel da mulher no modelo de atenção atual à saúde, e sua participação como paciente, sugerem que há um alinhamento da ginecologia e da obstetrícia com valores patriarcais e a concomitante depreciação do feminino. As mulheres são responsáveis pela maioria das consultas aos médicos. Pode-se dizer que algumas mulheres foram “convencidas” de que a maioria de seus processos biológicos, e que partes de seu corpo, ou seja, os órgãos do aparelho reprodutor, devem ser periodicamente monitorados e tratados. A definição do corpo feminino como inerentemente disfuncional o mantém dependente da autoridade do sistema médico de atenção à saúde (Davis-Floyd, 1998).

Mesmo que essas idéias sejam controversas, elas expressam uma linha do pensamento atual sobre o modelo que segue a medicina, no que se refere ao tratamento e cuidados do corpo feminino.

Por outro lado, pode-se observar que tanto na evolução histórica da medicina, como nos dias atuais, há uma inquietação sobre o corpo feminino. No entanto, a medicina atual busca solucionar as imperfeições da saúde. Não se trata de desmerecer este esforço, porém a fragmentação do conhecimento humano deixa as questões de valores e significados para o âmbito de outras áreas, como antropologia, filosofia, psicologia, ao invés de incluí-las no seu campo de atuação e na própria formação do profissional de saúde que assistirá à mulher.

1.4. Corpo e Subjetividade: o Masculino e o Feminino no *Setting* da Consulta Médica

Apesar dos crescentes recursos biotecnológicos que têm permitido feitos surpreendentes, tanto diagnósticos como terapêuticos, a medicina contemporânea ainda tropeça nas dificuldades que se revelam no encontro singular entre cada prática médica e cada paciente. Fica suspenso o fio condutor que leva a tensão entre a objetividade requerida pela ciência e a subjetividade inerente à prática clínica. O poderoso discurso biomédico perde sua eficácia e sofre solução de continuidade ao se aplicar à experiência. (Bastos, 2003).

O *lógos* e a *práxis* do médico muitas vezes não cabem dentro do mesmo molde, mas esta última é forçada a se submeter à metodologia experimental à medida que a prática clínica foi sendo transformada em pesquisa científica (Berg, 1997). Pode-se entender que a ciência recobriu o campo da arte médica na objetivação do corpo, e tanto a paciente quanto o médico se desenraizaram de suas próprias histórias.

Quando duas pessoas se encontram, vários fenômenos acontecem no campo do contato interpessoal. Os dois mundos subjetivos, do médico e da paciente, formam a matriz do vínculo que se estabelece entre ambos. Para poder responder a esta demanda que surge no encontro não basta o conhecimento técnico e teórico, e equilibrar esses dois aspectos fundamentais do ser médico é uma arte. É sobre este alicerce que se inicia a forma de comunicação dentro do consultório médico.

Nestas perspectivas, questiona-se qual seria a posição ocupada pelo médico, diante da demanda do seu próprio inconsciente despertado, a partir da relação que estabelece com sua paciente, e quais aspectos de sua história pregressa fazem gancho com sua conduta atual.

Retome-se a psicanálise, que enquanto saber, permite outra compreensão epistemológica, ontológica e antropológica. Através de um longo percurso, não isento de impasses e de contradições, a psicanálise, rompendo com as oposições sustentadas pelo paradigma da modernidade, pôde aceder a uma outra concepção antropológica: o ser humano enquanto sujeito da experiência e do conhecimento (Bastos, 2003). Neste contexto, considerar a experiência da psicanálise significa colocar, no cerne da prática clínica, os sujeitos singulares e históricos, determinados pelos afetos e também produtores destes.

O médico, se minimizar a soberania da experiência clínica, faz-se dessubjetivado e dessubjetivador. Foi da passagem do experimento à experiência, que tem a transferência como condição fundante, que Freud acedeu à subjetividade (Bastos, 2003).

Supõe-se que a prática médica, prática que lida com sujeitos e estabelece com eles relações, receba influências dos fenômenos existentes no campo dinâmico das relações. Desse modo, ao tomar o corpo como objeto de estudo, não se faz neutramente, insere-se nele um olhar carregado por marcas afetivas, pois o corpo não é necessariamente um outro, mas um “eu”, mesmo que seja o corpo de outro (Bastos, 2003).

Neste sentido, a transferência e a contratransferência, conceitos psicanalíticos, merecem destaque devido à influência que exercem na conduta, tanto da paciente quanto do médico.

É pertinente lembrar que a transferência em psicanálise designa a transposição, o deslocamento de sentimentos, desejos, modalidades relacionais outrora organizados ou experienciados em relação a personagens muito investidos da antiga história do sujeito, para outra pessoa. A contratransferência é o conjunto de reações inconscientes à transferência (Mijolla, 2005).

Transportando este conceito para a relação médico-paciente em ginecologia, a transferência pode ser entendida como sentimentos e reações que podem ser mobilizados na paciente, não exatamente pela pessoa “real” do médico, mas por eventuais distorções perceptuais da paciente, que determinam a maneira pela qual esta percebe o médico. E a contratransferência seria então o conjunto de sentimentos e reações mobilizados no médico, não exatamente pela pessoa “real” da paciente, mas por aquelas distorções perceptuais do médico que determinam a maneira pela qual este vê a cliente. Estas distorções são derivadas de antigas percepções e padrões estereotipados de reação que os sujeitos, médico e/ou paciente,

desenvolveram em suas vidas nos relacionamentos com pessoas significativas (Maldonado e Canela, 1988).

Longe de ser uma simples relação entre duas pessoas, ou como quer a ideologia médica que ensina a ver o cliente apenas como um ser abstrato e indiferenciado, ou ainda, como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação entre um especialista e um leigo, sabe-se que a relação entre médico-paciente é muito complexa (Boltanski, 1989).

Normalmente, o médico não se dá conta de que sua atuação está colorida por sentimentos contratransferenciais, sendo que estes sentimentos tendem a alterar de maneira substancial padrões de conduta do próprio procedimento médico. Mensagens verbais e não-verbais na comunicação atuam no sentido de cristalizar ou reforçar jogos transferenciais. O ato de olhar e de dirigir a palavra são especialmente importantes neste contexto.

Questiona-se o que, por exemplo, estaria recoberto na dinâmica da transferência e contratransferência quando um ginecologista está diante de uma paciente no consultório médico. Sabe-se que o ginecologista tem como objeto de estudo e de cuidados na saúde, os órgãos do aparelho reprodutor da mulher, os quais, por sua vez, carregam fortes simbolismos da condição feminina e por onde se expressa parte importante de sua sexualidade. Parte-se do pressuposto que, em diferentes níveis e intensidades variadas, o contato com a paciente poderia mobilizar questões da própria sexualidade do ginecologista, além de outros sentimentos, tais como identificações, rivalidade, vontade de cuidar da outra pessoa, entre outros.

Haveria várias maneiras de lidar com essa mobilização do aspecto sexual que ocorre na consulta ginecológica. Deve-se considerar as defesas psíquicas em relação ao corpo e à sexualidade, embora o corpo sexualizado esteja muitas vezes em evidência na sociedade. Por outro lado, em níveis mais profundos, ainda se encontram em grau significativo a inibição e a repressão em relação ao corpo, ao conhecimento deste e à descoberta de seus potenciais de sensibilidade (Maldonado e Canela, 1988).

Mesmo que a profissão confira ao médico um lugar predeterminado, social e culturalmente, propiciando-lhe um lugar de prestígio, pois detém um determinado tipo de saber e a virtude de, muitas vezes, curar, fazendo deste profissional uma autoridade ilustre e atraente, a subjetividade do campo de atuação ultrapassa a competência técnica.

O encontro entre médico e paciente caracteriza uma relação de desigualdade, de espera e esperança, suscetível de desencadear conflitos. É uma relação que se inicia através do corpo, é expressa através da palavra, e vem caracterizar uma relação de assistência (Jeamment et al., 2000).

No âmbito da consulta médica, o ginecologista poderia manejar a mobilização de sua sexualidade, fazendo uso de defesas crônicas de contato impessoal, distante e “asséptico”, que permeiam todo o relacionamento, ou ainda, poderia fazer uso da cisão, permitindo não canalizar seus impulsos sexuais sem a necessidade de “esterilizar” o vínculo. Cisão é um dos mecanismos mais primitivos, porém necessário na atividade profissional, podendo tornar-se problemática se o uso deste mecanismo permanecer fora de certos momentos profissionais de decisão e atuação.

Pensamos então que um estudo psicológico que fizéssemos sobre manejos de ginecologistas frente às questões da sexualidade, expressa direta ou indiretamente por sua paciente, bem contribuiria para o enfoque das representações e dos significados simbólicos que estariam presentes nesta relação.

Por fim, a justificativa deste estudo respondeu aos quatro critérios de escolha que acompanharam a problematização do tema: (a) aspectos de novidade – como critério fundamental, os objetivos desta pesquisa embutiram contribuições potencialmente originais, utilizando do enfoque psicanalítico para elucidar aspectos subjetivos da sexualidade, que eventualmente permeiam a relação médico-paciente no *setting* da consulta ginecológica. Na revisão bibliográfica feita nas bases de dados MEDLINE, PsycINFO e EBSCO dos últimos cinco anos, não foi encontrado, até o presente momento, um único trabalho com o mesmo perfil e técnica metodológica. (b) prioridade – há relevância teórico-clínica para a psicologia médica na medida em que a relação médico-paciente tem sido objeto dos mais variados tipos de estudos e pesquisas. O encontro entre essas duas áreas do conhecimento – a psicologia, através de um enfoque psicanalítico que tem seu fundamento na experiência clínica, e a medicina, que sustenta o conhecimento biomédico, fundamentado no experimento – irá trazer importantes contribuições em um momento em que há preocupação com a humanização da assistência à saúde. (c) comprometimento – a autora deste estudo encontra-se engajada nas atividades na área da saúde desde o fim da graduação, quando começou a trabalhar com questões pertinentes à saúde da mulher. Primeiramente, interessando-se sobre o assunto do ciclo gravídico-puerperal, ampliando o atendimento à mulher na

menacme. Desde então, vem observando a relação que se estabelece entre médico-paciente na clínica da ginecologia e da obstetrícia.(d) oportunidade – o interesse e a infra-estrutura oferecida - pela Instituição de Ensino Superior onde se encontra a pesquisadora, associados a condições pessoais propícias de vida, bem como a acolhida dada pelo grupo de pesquisa do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ), da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, foram centrais para a viabilização deste estudo.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, havíamos formulado os seguintes pressupostos:

- [1] Haveria um distanciamento modulado no enquadre da relação médico-paciente, estabelecido como mecanismo de defesa, cujo propósito seria o de manejar o mais adequadamente possível as questões da sexualidade que permeiam uma consulta ginecológica comum.
- [2] Haveria angústias psíquicas emergentes – de natureza normal – presentes no profissional no ato da consulta médica, por captar mobilizações, ainda que inconscientes, que podem estar relacionadas às questões da sua própria sexualidade.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Discutir significações atribuídas por ginecologistas às experiências emocionais e aos demais fenômenos frente ao feminino, que podem ser despertadas ou mobilizadas a partir do interjogo da relação médico-paciente que transcorre no *setting* de uma consulta médica.

2.2. Objetivos Específicos

- Interpretar como a consulta médica, enquanto um encontro interpessoal, é estabelecida para os ginecologistas na relação profissional técnico-afetiva com suas pacientes;
- Interpretar as experiências emocionais dos ginecologistas frente aos fenômenos do feminino no seu trabalho diário;
- Identificar mecanismos de defesa eventualmente usados pelos ginecologistas para manejarem situações clínicas cotidianas.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Construção da Amostra

A palavra amostra faz referência a uma parcela selecionada de uma população, mediante critérios determinados segundo as conveniências do trabalho, vindo a compor um subconjunto do universo total (Lakatos e Marconi, 1991). Na pesquisa em ciências humanas, no enfoque qualitativo, a amostra deve ser composta por sujeitos adequados para informar a respeito do assunto sob investigação (Morse e Field, 1995).

O grupo da amostra da presente pesquisa foi composto por oito médicos ginecologistas, cinco homens e três mulheres, da região Sudeste do estado de São Paulo, na qual está engajada a pesquisadora. Em princípio, havia o propósito de entrevistar somente ginecologistas do sexo masculino, mas em revisão feita pelos pares do Laboratório de Pesquisa (LPCQ), chegou-se a um consenso de que são mais importantes os conteúdos das entrevistas do que o sexo do entrevistado. Por este motivo, mulheres foram incluídas na amostra. Por ser um estudo qualitativo, foi utilizada uma amostragem intencional. Patton define esses casos como aqueles

sobre os quais é possível apreender muito em relação às questões de importância central para o propósito da pesquisa. A estratégia utilizada foi a de intensidade, que consiste em escolher os casos que manifestem intensamente o fenômeno de interesse. Identificaram-se os casos ricos em informação em relação ao propósito do estudo, mas não usuais (Patton, 1991).

O tamanho da amostra foi estabelecido pelo critério de saturação das informações colhidas, isto é, foram coletados dados até que as informações se repetissem (Denzin e Lincoln, 1994). Para que fosse possível obter essas informações, a análise preliminar dos dados era feita simultaneamente à coleta. Os critérios de inclusão foram:

- 1) Ser médico, com residência médica concluída em ginecologia;
- 2) Concordar em participar da entrevista ao tomar conhecimento de seu tema e frente ao termo de consentimento livre e esclarecido;
- 3) Aceitar que esta seja gravada e posteriormente transcrita literalmente;
- 4) Concordar em ter um segundo encontro com a pesquisadora, caso este fosse necessário para a clarificação de questões que porventura ficassem confusas ou mesmo ininteligíveis por alguma ordem de dificuldade, como, por exemplo, problemas com a gravação.

Na pesquisa qualitativa não é necessário pré-definir critérios biodemográficos e afins, tais como idade, tempo de graduação, procedência, condições privadas de vida familiar e profissional. Tais condições, no entanto, devem evidentemente ser reconhecidas para serem consideradas na etapa da discussão dos resultados, no sentido de serem evitados como vieses.

3.2. O Método Clínico-Qualitativo

Lagache relata que para a psicologia compreensiva ou “humanista” o estudo da conduta humana requer “um método não estatístico, senão qualitativo, intuitivo e artístico” (Lagache, 1985, p.24). O método clínico é utilizado e conhecido dentro das ciências humanas e médicas (Reuchelin, 1979; Trujillo Ferrari, 1982). Esta prática nasceu da observação profunda do paciente em seu leito: clinos = leito (Barbier, 1985; Botega, 1989). Portanto, clinicar é originalmente inclinar-se sobre a pessoa a ser examinada.

O método clínico foi empregado neste projeto, entendendo uma legítima extrapolação do sentido estrito, verificado no contexto das atividades assistenciais e de pesquisa, pois embora os sujeitos desta pesquisa não sejam os doentes, e sim os médicos, a pesquisadora não deixou de inclinar a escuta e o olhar, estabelecendo uma relação estreita com o médico/sujeito.

Segundo Reuchelin, a grande contribuição da medicina para o método clínico é a "convicção de que apenas um estudo aprofundado de indivíduos isolados, cuja individualidade seja reconhecida e respeitada e que sejam considerados em situação de evolução, possibilitará a compreensão desses indivíduos e, talvez por intermédios deles, o homem” (1979, p.118-119). Podemos acrescentar que a psicanálise, a partir da virada do século XX, reforçou a importância do estudo do indivíduo, da investigação de sua história de vida, de sua fala e de seus sentimentos.

Lagache (1985) sustenta a importância de se aprofundar o conhecimento sobre os casos que constituem um exemplo do que se encontra mais freqüentemente na população. Bleger (1995) diz que a originalidade das situações humanas não

impede o estabelecimento de constantes gerais, quer dizer, das condições que se repetem com mais freqüência. O ser humano descobre paulatinamente que sua vida pessoal se tece sobre um fundo comum a todos os seres humanos.

Embora estruturado no século XVIII, somente no século XX o método clínico encontrou contexto científico favorável para trabalhar com questões que outrora foram tomadas como empecilho para o desenvolvimento da medicina como ciência (Mioto, 1994).

Mioto (1994) lembra que “o método clínico traz em seu arcabouço a relação entre a observação, a experiência e a teoria”. E continua, dizendo que os elementos observação, experiência e análise encontram-se articulados dinamicamente por um logos que permite integrá-los ao conhecimento, ensejando uma nova compreensão do objeto.

Concordamos com Botega (1989) ao dizer que com a psicanálise, ou melhor, com o “modo de pensar psicanalítico”, não se trataria de descrever e classificar sinais e sintomas, mas de dar-lhes um significado que vai necessariamente além do manifesto. Perestrello (1982) diz que o homem não seria, então, estudado como uma coisa, um objeto. Não é ao ser-objeto que se deseja chegar, mas sim ao ser-sujeito.

Neste sentido, o método clínico psicológico bem responde aos objetivos propostos deste estudo. Este método permite que os sentimentos e as necessidades humanas sejam mostrados e compreendidos. Permite também privilegiar a escuta da fala do sujeito com suas riquezas de expressões e entonações emocionais, bem como a observação do comportamento global do sujeito, incluindo sua

linguagem não-verbal, com mudanças de postura física, expressões emocionais, gesticulações, entre outras.

Para fechar esta apresentação, destacamos que, neste trabalho em particular, usamos a definição ampla do método clínico-qualitativo:

A partir das atitudes existencialistas, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade (Turato, 2003 p. 242).

3.3. Atenção central aos sentidos e significados

A palavra sentido refere-se ao modo como o sujeito sente ou percebe os fenômenos em sua vivência particular, atribuindo-lhes uma tendência, ou como que uma intencionalidade, um propósito, um objetivo (Ferreira, 1999).

Dentro da teoria psicanalítica, o sentido tem uma dimensão axiológica: é um sentido “para” e ordena uma conduta ao ligar um objeto a um desejo. Lacan (1966) e Aulagnier (1967)¹ mostraram que as manifestações das necessidades das crianças

¹ Lacan (1966) e Aulagnier P (1967) in: Mijolla A. *Dicionário Internacional da Psicanálise: conceitos, noções, bibliografias, obras, eventos, instituições*. Rio de Janeiro: Ed. Imago; 2005, p1704, v. 2 (verbete).

são interpretadas pela mãe como sinais portadores de sentido. Ela vai, por conseguinte, responder-lhes em função do seu próprio desejo, o qual estará ou não de acordo com o sentido que ela atribui ao pedido da criança. As respostas deste adquirirão, por sua vez, sentido e valor para ela. O sentido responde em seguida a uma necessidade de causalidade que constitui, no domínio do pensamento, o equivalente a um reencontro com a experiência de satisfação primordial.

Aulagnier (1967), à semelhança de Bion (1963)², mostrou como a mãe substitui o sem sentido do real por uma realidade investida e pensada pela mãe que retransmite ao bebê. Esse trabalho de inculcar um sentido incumbe em seguida ao próprio (Eu) e, nessa qualidade, a explicação casual faz parte do necessário para o pensamento. Esse sentido não é abstrato porque é, primeiramente, um sentido libidinal, sendo todo ato de conhecimento precedido por um ato de investimento. Construir um sentido que torna coerente a relação do (Eu) com a realidade, tal é, portanto, a primeira função da atividade do pensamento.

Por sua vez, “significado” nos remete à noção de que os signos expressos na linguagem inserem-se em uma rede de relações de “significação” (Japiassu e Marcondes, 1990). Portanto os significados manifestam-se através de produções verbais das pessoas envolvidas em determinadas situações e que comandam as ações que realizam (Triviños, 1987).

A importância do estudo dos significados reside no fato de que as pessoas não organizam suas vidas em torno dos fenômenos vivenciados em si mesmos,

² Aulagnier P. e Bion (1967) in: Mijolla A. *Dicionário Internacional da Psicanálise: conceitos, noções, bibliografias, obras, eventos, instituições*. Rio de Janeiro: Ed. Imago; 2005, p1705, v. 2 (verbetes).

mas elas se estruturam em torno daquilo que os fenômenos lhes querem dizer - psicológico ou culturalmente, sejam conscientes ou inconscientes.

No algoritmo estrutural da linguagem, exposto por Saussure no início do século XX, o signo lingüístico une, não uma coisa e um nome, mas um conceito e uma imagem acústica. Esta última não é o som material, coisa puramente física, mas a marca física desse som, a representação que nos é dada por nossos sentidos, ela é sensorial (Saussure, 1991).

O signo lingüístico aparece como uma “entidade psíquica de duas faces”, cujos dois elementos são instituídos, de imediato, em uma relação de associação. Essa relação aparentemente fixa no sistema da língua, é suscetível de mudança na dimensão da linguagem. O signo torna-se, portanto, relação de um significado com um significante. Essa relação, que é apresentada como uma relação de oposição separando os elementos entre si, anuncia uma propriedade do signo que Lacan explorará no sentido da autonomia do significante em relação ao significado, sendo que estes não supõem uma relação fixa entre si (Dör, 1992).

É de importância fundamental para os pesquisadores qualitativistas a busca dos sentidos e significados, respeitando a perspectiva dos sujeitos e suas falas, ou seja, conforme os sentidos e significados são atribuídos pelos próprios sujeitos investigados. Segundo Turato (2003), tal desafio resulta de uma opção paradigmática fenomenológica-compreensiva por parte do pesquisador, cuja consecução lhe exigirá boa dose de criatividade e sensibilidade.

3.4. Pesquisador como instrumento

Este é um outro aspecto compartilhado pelas metodologias qualitativistas em geral. Refere-se ao reconhecimento da utilidade de recursos, tais como a experiência e os conhecimentos próprios e anteriores do pesquisador, bem como sua capacidade de introspecção e reflexão pessoal. Bleger (1995), ao discorrer sobre aspectos psicodinâmicos do entrevistador, assinala:

O instrumento de trabalho do entrevistador é ele mesmo, sua própria personalidade, que participa inevitavelmente da relação interpessoal, com o agravante de que o objeto que deve estudar é outro ser humano, de tal maneira que, ao examinar a vida dos demais, se acha diretamente implicada a revisão e o exame de sua própria vida, de sua personalidade, conflito e frustrações (p.26).

Uma vez mais, refuta-se na pesquisa qualitativa e social os ideais positivistas de “neutralidade e objetividade”. A objetividade dos sistemas que constituem a vida social, adquire sua dimensão subjetiva através da forma em que penetram nos complexos sistemas de sentido e significados dos diferentes grupos e instituições sociais. E é dentro destes sistemas de relações que irá se constituir a subjetividade individual (González Rey, 1999).

As variáveis ligadas à subjetividade própria do pesquisador não devem ser entendidas como enviesantes e destinadas a ser neutralizadas e evitadas, mas, ao contrário, constituindo-se em significativos fatores que *podem* ser acolhidos, reconhecidos e interpretados. Segundo Ludke e André:

Sendo o principal instrumento da investigação, o observador pode recorrer aos conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no

processo de compreensão e interpretação dos fenômenos estudados. A introspecção e a reflexão pessoal têm papel importante na pesquisa naturalística (1986, p.26).

Segundo Bleger (1995), a fantasia criativa é uma função importante no investigador, opondo-se à simples verificação dos dados. O que marca ainda esta relação é a presença dos fenômenos de transferência e contratransferência, conceitos desenvolvidos por Freud em 1910 e 1916, respectivamente, que nos colocam em contato com aspectos da conduta e da personalidade do entrevistado que não se incluem entre os elementos que podem ser referidos ou trazidos voluntariamente ou conscientemente, mas que acrescentam dimensão importante ao conhecimento. Portanto, observações e auto-observações, compõem a entrevista.

3.5. Técnica de Entrevista Semidirigida de Questões Abertas

Para viabilizar o Método Clínico-Qualitativo, foi empregada a chamada Técnica da Entrevista Semidirigida de Questões Abertas, que consiste em um instrumento de pesquisa contemplando itens relativos a fenômenos envolvidos na relação médico-paciente.

Segundo Bleger (1995), a entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é capaz de levar a vida diária do ser humano ao conhecimento e à elaboração científica. A utilização da entrevista permite-se somar ainda dados do conteúdo dito, como entonação de voz, gestos emoções e brincadeiras, que podem ser observadas e registradas no transcorrer da mesma (Bardin, 1977; Botega, 1989, Bleger, 1995).

Esta técnica de entrevista propicia ao entrevistador liberdade de perguntar e intervir em função de cada caso. A entrevista é um tipo especial de relação na qual o pesquisador deseja saber sobre um determinado assunto, ao mesmo tempo em que atua a partir do seu conhecimento, fazendo-se portando, parte do campo.

De acordo com Bleger (1995), as qualidades de todo objeto são sempre relacionais e a entrevista pode ser original e única como qualquer situação humana, sendo-lhes ainda possível trabalhar a abstração e as categorias de análise; isto por fundamento e não como uma meta previamente objetivada. Ao pesquisador é possibilitado ainda reformular, continuamente, suas hipóteses no curso das observações, pois observar, pensar e imaginar participam do processo dialético que deve conduzir as investigações.

3.6. Diário de Campo e Procedimentos de Aplicação dos Instrumentos Auxiliares

3.6.1. Planejamento e execução da fase de aculturação

Após reflexão junto ao Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa e com o orientador, chegamos à conclusão de que a melhor forma para testar o instrumento técnico para coleta de dados seria realizar o procedimento habitual em trabalhos qualitativos: a realização, em campo natural, com a finalidade de aculturação e ampliação do domínio do assunto.

Naquele momento tínhamos a idéia de fazer a seguinte pergunta disparadora: “Dentro da sua prática clínica, como é lidar com as queixas sexuais trazidas por suas clientes?”, cuja finalidade seria desencadear a fala dos ginecologistas.

Para esta fase foram selecionados, aleatoriamente, dois médicos ginecologistas do sexo masculino, que trabalhavam na rede básica de saúde do município de Campinas, e uma ginecologista (sexo feminino). Esta última foi uma escolha proposital, da pesquisadora e do orientador. Foi selecionada uma docente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas –Unicamp por acreditarmos ser um caso rico para informação. Primeiramente por estar inserida em uma instituição universitária, exercendo não só o trabalho de assistência como o de docência, sendo responsável por parte da formação de futuros ginecologistas, e também, por ser do sexo feminino, poderia contribuir com outro olhar sobre as questões da sexualidade. Um olhar feminino com sua subjetividade sobre os médicos do sexo masculino.

Nesta fase do estudo tínhamos a intenção de entrevistar somente ginecologistas do sexo masculino. Por este motivo, foram selecionados os Centros de Saúde (CS) do município de Campinas – SP, que cumpriam com esse critério.

3.6.2. Contato com a coordenação dos centros de saúde do município de Campinas

O primeiro CS com que fizemos contato foi o da Vila Costa e Silva, posteriormente o do bairro Parque São Quirino, ambos pertencentes à região Leste de Campinas. A pesquisadora responsável por este estudo realizou um contato prévio, via telefone, com a coordenação do CS e marcou um horário para falar sobre o projeto de pesquisa. Para este contato foi elaborada uma Carta (Anexo 1), endereçada à coordenação, na qual se apresentaram a pesquisadora e o orientador deste projeto, constando o objetivo deste e a finalidade da entrevista. Os coordenadores

foram bastante receptivos, entenderam os propósitos de nossa pesquisa e deixaram-nos à vontade para que fizéssemos o contato com os ginecologistas. Consideraram melhor falarmos diretamente com eles, pois, eram quem deveriam responder se aceitavam ou não participar da pesquisa, bem como se organizarem dentro de seus horários para que realizássemos a entrevista, caso aceitassem.

Após a permissão para realizar a entrevista, foi feito contato com o médico seguindo os mesmos procedimentos realizados com a Coordenação. Era então marcado um horário conveniente para realizar a entrevista, que não atrapalhasse o atendimento às usuárias do Centro de Saúde. Procuramos deixar bem claro a questão do horário, para preservar, na medida do possível, os aspectos que pudessem vir a prejudicar o seu andamento ou comprometer sua qualidade, como, por exemplo, eventuais interrupções durante a realização desta.

Informávamos aos ginecologistas sobre a carta, seus objetivos e a levávamos no dia da entrevista, sendo que nenhum manifestou interesse em permanecer com a cópia da carta.

O contato com a única ginecologista (mulher) entrevistada nesta fase foi feito pela pesquisadora, que já a conhecia desde a época em que cursou o mestrado no Departamento de Tocoginecologia desta Universidade. Portanto, este primeiro contato dispensou uma apresentação mais formal. Porém, foi entregue a ela a mesma Carta elaborada para os coordenadores e médicos dos CS. Esta médica se prontificou em colaborar nesta fase do projeto; marcamos um horário conveniente para ela, seguindo os mesmos critérios utilizados para os outros entrevistados, acima comentados.

3.6.3. Entrevistas de aculturação: considerações gerais

Os médicos ginecologistas entrevistados foram atenciosos e demonstraram interesse pelo tema da pesquisa. A pesquisadora relatou os motivos que a levaram a propor este estudo, situando-os melhor quanto ao tema, propiciando a abertura de um espaço psicológico interno para que eles pensassem a respeito de sua conduta frente às múltiplas demandas da cliente e como lidam habitualmente com as questões referentes, direta ou indiretamente, à sexualidade.

O início das entrevistas era feito através de uma pergunta disparadora, que, como mencionado anteriormente, teve a esperada finalidade de desencadear a fala dos ginecologistas. Estas transcorreram com certa autonomia, possibilitando a expansão das manifestações dos sujeitos. O tempo de duração variou entre 30 a 45 minutos.

Estas três entrevistas foram úteis não só para avaliar nossas atitudes em campo, mas principalmente para rever a pergunta disparadora, haja vista que o material colhido não havia permitido que houvesse colocações mais pessoais dos sujeitos entrevistados, ou seja, nenhum dos ginecologistas do sexo masculino falou sobre como realmente se sentiu frente às demandas de suas pacientes, e como lidavam com os respectivos sentimentos despertados. Por outro lado, a ginecologista mulher esteve mais acessível neste aspecto, talvez por estar mais à vontade para se sentir identificada com outra mulher.

Estes fatos foram levados ao grupo de pesquisa para discussão com os pares, tendo sido questionada a possibilidade de serem incluídas ginecologistas mulheres no estudo. Por tratarmos de questões pertinentes à sexualidade, enquanto

elemento formador do funcionamento psíquico, poderíamos considerar que ambos os sexos ficam mobilizados internamente frente aos fenômenos que constituem a sexualidade feminina ⇔ masculina. Também foi sugerido modificarmos a pergunta disparadora e voltarmos a campo para verificar se estas contemplariam os objetivos do estudo. A pesquisadora seguiu as sugestões dos pares do laboratório de pesquisa e foram elaboradas novas perguntas (Anexo 2), antes de voltarmos a campo novamente. Para a segunda fase de aculturação foram seguidos todos os procedimentos de contato prévio para realização das entrevistas descritas anteriormente. O CS selecionado foi o do Jardim Paranapanema, na região Sul de Campinas. Foi contatado o ginecologista deste centro e marcamos uma entrevista em horário que não colidisse com os atendimentos das pacientes.

A realização desta entrevista foi mais fluente, pois a entrevistadora contava com maior habilidade para a condução da mesma. As perguntas disparadoras conduziram para a abertura do diálogo necessário, dando-nos a liberdade de transitarmos por entre as nossas falas.

Novamente foram discutidos com os pares de pesquisa os resultados desta entrevista e chegamos à conclusão de que as perguntas elaboradas poderiam responder aos objetivos do estudo satisfatoriamente.

Após esta fase, deu-se início à fase formal da coleta do material a ser analisado posteriormente.

3.7. Coleta dos Dados

3.7.1. Procedimentos gerais em campo

As entrevistas foram realizadas através de um roteiro (Anexo 2), em harmonia com o estabelecimento de um contato interpessoal dentro dos parâmetros necessários ao estudo do tema proposto. Estas eram gravadas em áudio, pois este recurso permite a reprodução integral das falas, tanto do entrevistador como do entrevistado. Embora concordemos com pesquisadores que demonstraram que não é a fidedignidade do discurso material dos sujeitos que marca o ponto fundamental nos trabalhos científicos, mas o referencial que engloba as falas com o comportamento do entrevistado, juntamente com as falas e o comportamento do entrevistador. Por outro lado, o uso do gravador permite ao entrevistador ficar mais livre para concentrar-se nos aspectos particulares que se somam à fala do entrevistado, tais como gestos, postura física, manifestações afetivas, entre outras.

Foram contatados 13 ginecologistas, porém 8 foram os que concordaram em participar da pesquisa. Houve 5 casos em que não houve disponibilidade em participar.

3.7.2. Descrição geral sobre as entrevistas realizadas

A primeira e a segunda entrevistas foram realizadas em dois Centros de Saúde pertencentes à região Oeste de Campinas. No primeiro C S, o contato prévio foi com uma auxiliar da recepção, para quem nos apresentamos e explicamos o motivo de estarmos ali. Esta auxiliar foi quem, no primeiro momento, intermediou o contato com o ginecologista. Deixamos um telefone para contato. Recebemos

o retorno no mesmo dia e agendamos a entrevista para uma semana depois. Neste intervalo, contatamos a coordenadora do CS, identificamo-nos e entregamos a carta de apresentação. A coordenadora autorizou que a entrevista fosse realizada no próprio CS.

No segundo CS o primeiro contato ocorreu por telefone com o coordenador. Agendamos um horário para que ele nos conhecesse e se inteirasse do assunto. Este coordenador também autorizou que a entrevista fosse realizada no CS, foi ele quem fez o primeiro contato com o ginecologista, apresentando a pesquisadora. Agendamos a entrevista para uma semana depois deste primeiro contato. No dia da entrevista quando chegamos ao CS, o ginecologista já nos aguardava.

Durante a coleta de dados, a pesquisadora participou de um Seminário da Área de Obstetrícia, onde estavam presentes médicos e outros profissionais da saúde da mulher, que buscam na sua prática diária assumir condutas diferenciadas (menos intervencionista) no atendimento à mulher. Acreditamos que esta atitude sinalizaria uma relação médico-paciente diferenciada. Nesse evento, a pesquisadora assistiu à apresentação de dois ginecologistas. Um residente na região Sul e outra residente na região central do Brasil, e consideramos que poderíamos convidá-los a participar da pesquisa.

Assim foi feito o contato com o terceiro e quarto entrevistados. A pesquisadora apresentou-se individualmente a eles, falamos sobre o estudo e perguntamos se aceitariam participar. Após o aceite de ambos, foram combinados horário e local para as entrevistas. Estas aconteceram em momentos diferentes, em sala reservada no próprio local do evento.

Seguindo os critérios das entrevistas anteriores, entregamos a carta de apresentação do orientador, que continha os objetivos do estudo e o termo de consentimento livre e esclarecido. Esta experiência foi discutida com os pares do laboratório de pesquisa e com o orientador; sendo considerado que seria pertinente incluir esses dois sujeitos no estudo.

A quinta ginecologista foi contatada pela pesquisadora na universidade, sendo que já nos conhecíamos. Neste encontro expusemos os objetivos do estudo e perguntamos se podíamos entrevistá-la. Não havendo recusa em participar, agendamos um horário para realização da mesma.

O primeiro contato da sexta, sétima e oitava entrevistas foi feito por telefone pelo co-orientador do estudo, que apresentou os objetivos do trabalho e convidou-os para participar como sujeitos. Também não houve recusas. Após este primeiro contato, agendamos o dia da entrevista, que aconteceu em seus respectivos consultórios privados. Ficou a critério do entrevistado a escolha do dia, horário e local da entrevista.

Antes de iniciarmos as entrevistas, expusemos, de modo geral, as propostas e os alcances pretendidos com o trabalho. No final deixamos livre para que os entrevistados fizessem os comentários que julgassem necessários. O tempo inicialmente solicitado para o encontro era de uma hora. Nenhuma entrevista ultrapassou esta previsão.

Em todas as entrevistas foi estabelecida uma relação de empatia entre a entrevistadora e os entrevistados. O tempo gasto para realizar todas as entrevistas foi de nove meses.

As transcrições das fitas para análise do material foram feitas pela pesquisadora, momento rico em que foi possível revivermos os sentimentos despertados na ocasião da entrevista. Essa tarefa teve início um mês após a primeira entrevista. Durante esta fase, constatamos um problema técnico da gravação, no qual foi perdido parte de três entrevistas. Apesar de termos conhecimento de que para garantia do material deveríamos utilizar dois gravadores, este cuidado não foi seguido, pois a pesquisadora optou pelo uso da gravação digital (MP3). Por se tratar de alta tecnologia, consideramos que não estaríamos sujeitos a tais eventualidades. Este fato foi levado para discussão junto aos pares do laboratório e com o orientador. Julgamos que o material colhido, mesmo que perdendo alguns trechos, seria suficiente para ser analisado, pois perdemos em quantidade, mas, não na qualidade do conteúdo.

3.7.3. Sobre a não disponibilidade para participar do estudo

Denominamos de não disponibilidade as “recusas” em geral que recebemos dos ginecologistas para participar deste estudo. Este foi um fato que nos chamou atenção, pois dos 13 ginecologistas contatados, cinco “recusaram” a participar. Entendemos que estas situações não foram simples negações, mas aconteceram em contextos próprios que nos levou a cogitar que teria havido uma não disponibilidade interna, ou seja, psicológica, consciente ou não, para se submeterem à entrevista. Todos os ginecologistas haviam sido informados antecipadamente sobre o assunto e objetivos da pesquisa.

Levando em considerações que a não aceitação em participar do estudo automaticamente excluiriam estes ginecologistas e para não infringir os cuidados éticos, decreveremos as situações vividas sob a perspectiva da pesquisadora nestas situações.

O primeiro que recusou, disse abertamente que não gostava de se expor, de falar sobre si, por isto não gostaria de participar. O segundo e terceiro não foram tão “diretos” quanto o primeiro. Um alegou falta de tempo e o outro que, em princípio, mostrou-se disponível, colocou como condição para ser entrevistado a sua dispensa das atividades laborais no horário da entrevista. Este foi um fato interessante, pois os ginecologistas da rede pública eram avisados logo no início que, se concordassem em participar do estudo, a entrevista não poderia atrapalhar o atendimento de rotina das usuárias. Apesar de não ter-se recusado explicitamente, sua condição para participar estava na direção contrária às orientações éticas da pesquisa.

O quarto ginecologista que não quis participar do estudo mostrou-se disponível no primeiro contato, foi muito solícito, e quando soube que a entrevistadora era da Unicamp, fez comentários positivos sobre a instituição e disse que conhecia grande parte dos docentes. Agendamos a entrevista para um horário conveniente. Quando chegamos para entrevistá-lo, pediu que fosse adiado, pois teria um compromisso. Tinha em mãos uma revista editada pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) com o título “Ética em Ginecologia e Obstetrícia”. Entregou-nos a revista dizendo que esta tinha um capítulo que falava sobre a relação médico-paciente e que poderíamos encontrar muitas coisas para a pesquisa. Agradecemos e remarcamos a entrevista. No dia combinado fomos até seu local de trabalho,

aguardamos alguns minutos, enquanto ele terminava uma consulta, e logo em seguida nos convidou para entrar em sua sala. Novamente falamos sobre os objetivos do trabalho e entregamos o termo de consentimento livre e esclarecido. Quando terminou de ler o termo, deixou-o sobre a mesa e pôs-se a falar de sua experiência profissional. Perguntamos se poderia ligar o gravador, pediu que esperasse um pouco. Deixamos passar certo tempo e novamente perguntamos se poderíamos iniciar a entrevista e ligar o gravador. Sua resposta foi que não, preferindo falar sem que fosse gravado. Contou-nos sobre vários episódios vivenciados por ele ou por colegas sobre a relação médico-paciente. Conversamos por cerca de quarenta minutos e terminou dizendo que não considerava que fosse a pessoa mais indicada para falar sobre a relação médico-paciente, indicando outro colega. Presenteou-nos com a revista do Conselho Regional de Medicina.

O quinto ginecologista que se recusou a participar do estudo foi contatado pela pesquisadora pelo telefone. Nesse contato foram dadas algumas informações gerais sobre a pesquisa. Inicialmente concordou em participar do estudo e pediu que fôssemos até seu consultório para realizarmos a entrevista. No dia combinado fomos até o consultório e ficamos aguardando, pois ele ainda não havia chegado. Como demorava, pedimos à secretária para averiguar se havia acontecido algum imprevisto. Ela o contatou e ele pediu que voltássemos no dia seguinte, pois estava em um atendimento de emergência. No dia seguinte fomos novamente a seu consultório e ele estava aguardando. Apresentamos-nos, falamos sobre os objetivos do estudo, entregamos o termo de consentimento. Durante esta conversa inicial ele recordou que havia escrito um artigo que poderia ser útil para o estudo. Sugeriu que

antes de o entrevistarmos, deveríamos ler o artigo. Agradecemos sua sugestão, dizendo que posteriormente leríamos o artigo, mas que naquele momento gostaríamos de entrevistá-lo, pois já tínhamos claras as questões que pretendíamos abordar. Sua atitude foi de continuar a conversa, contando-nos vários episódios de sua vida profissional e pessoal. Em vários momentos tentamos iniciar a entrevista, perguntando se poderíamos ligar o gravador, porém não tivemos êxito. Após uma hora de conversa informal, sugeriu que deixássemos a entrevista para a semana seguinte no mesmo dia e horário, solicitando que deixássemos a cópia do termo de consentimento. Novamente desmarcou a entrevista através da secretária e não deixou outra possibilidade de horário, pediu que entrássemos em contato. Tentamos por várias vezes nos comunicar, porém sem sucesso. Após um mês conseguimos falar pelo telefone com ele, que se desculpou dizendo que naquele momento estava sem tempo para ser entrevistado.

Estas situações foram motivos de reflexão sobre o método de pesquisa e sobre nossa forma de abordar e falar sobre o tema em estudo para estes potenciais sujeitos. No início ficamos receosos, questionando se estávamos percorrendo terrenos delicados, ou nos equivocando na proposta. Porém na discussão com os pares do Laboratório, juntamente com o orientador, ficou compreendido que estávamos no caminho correto.

Diante da riqueza do material encontrado nas vivências do fenômeno da não disponibilidade em participar, decidimos discutir mais profundamente esta questão. Tomamos os devidos cuidados para resguardar a privacidade desses sujeitos que

expressamente não concordaram em participar da pesquisa. Parafraseamos seus dizeres e discutiremos o contexto em que estas situações aconteceram.

3.8. Técnica de Tratamento dos Dados

A lapidação dos achados em campo passou pela técnica da Análise Qualitativa de Conteúdo. A técnica escolhida foi a análise temática, que consiste em descobrir unidades de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (Minayo, 1996).

A análise temática significa agrupar os temas ou unidades de sentido/significados como definitórios do discurso e, a partir da presença destes temas significativos, identificar valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos (Minayo, 1996).

Para tanto, as entrevistas foram lidas várias vezes e as respostas agrupadas em grandes temas. Para poder avaliar se as informações foram se repetindo, o procedimento de organização dos dados foi sendo realizado à medida que ocorria a transcrição das entrevistas. A coleta dos dados e o início da análise aconteceram quase que simultaneamente, o que permitiu ter idéias mais claras sobre os dados coletados, de como estes eram agrupados e quando então começaram a se repetir as informações.

Durante a análise das entrevistas, observamos que duas categorias novas - pois não estavam previstas nos objetivos – surgiam. Estas, por conterem informações interessantes sobre o estudo proposto, foram inseridas nos resultados para discussão.

3.8.1. Validação Externa – Reunião de Revisão com os Pares

Na pesquisa clínico-qualitativa, a chamada validação externa é um processo que envolve o pesquisador com seus interlocutores acadêmicos, através da interação/debate afetivo-intelectual que fornecerão as considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade acerca destes achados (Turato, 2003).

Neste estudo, a tal validação externa aconteceu através de apresentações periódicas dos achados em campo, junto aos pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa FCM-Unicap, da supervisão com o orientador e de supervisão clínica com uma profissional que supervisionou especificamente o entendimento psicanalítico dos temas emergentes.

Portanto, para a compreensão dos significados atribuídos pelos entrevistados sobre as questões pertinentes à sexualidade, foram utilizados predominantemente o referencial psicanalítico em seus conceitos históricos e básicos. Por complementaridade, foram utilizados também referenciais da Lingüística e Análise do Discurso, sobre os conceitos do Implícito e do Silêncio para embasar as discussões sobre as situações de recusa.

3.9. Cuidados Éticos

Este estudo seguiu as normas preconizadas pela Declaração de Helsinque (2007) e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2007), visto que se tratou de uma pesquisa realizada na área da saúde.

Foi estabelecida a concordância espontânea do sujeito, expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). O pesquisador responsável deu os esclarecimentos sobre o estudo (objetivos, justificativas, procedimentos e garantia do sigilo), como também respondeu às dúvidas que surgiram. Os dados de identificação do sujeito foram preenchidos em uma folha à parte do questionário e eliminados após o estudo. Foram omitidos os nomes dos entrevistados nas transcrições formais das entrevistas, e estes foram referidos pelo número de ordem em que estas aconteceram, sempre para garantir o sigilo e privacidade dos sujeitos.

4. Resultados e Discussão

Os resultados foram codificados em sete categorias que emergiram da escuta repetida do material e cujo conteúdo principal contemplou os objetivos propostos. Duas categorias emergiram *a posteriori*, ou seja, estão além dos objetivos iniciais, porém com conteúdo interessante sobre o tema em estudo. A apresentação dos resultados e discussão será feita de forma simulatanea, primeiramente será apresentado um quadro com as características gerais dos sujeitos e posteriormente serão discutidos os fragmentos das falas através das categorias.

4.1. Características sociodemográficas dos sujeitos

Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade
50	M	Casado	São Paulo
36	M	Casado	São Paulo
51	M	Casado	Rio de Janeiro
48	F	Casada	Minas Gerais
47	F	Separada	Paraíba
50	F	Solteira	São Paulo
67	M	Casado	Cajuru
54	M	Divorciado	São Paulo

QUADRO 1. Algumas características sociodemográficas dos entrevistados.

Categorias

4.2. A consulta médica como um encontro no vínculo afetivo-profissional

Lembramos inicialmente que toda consulta médica marca um rico e único encontro interpessoal, que se perfaz através desta dupla e do vínculo configurado. Deste modo, os fenômenos que ocorrem neste *setting* não devem ser focados apenas na pessoa da paciente, mas evidentemente também na pessoa do médico, através da interação próxima e dinâmica entre estes dois sujeitos.

Retomando Balint (1984), este grande autor, pai da psicologia médica que cunhou a famosa frase: “O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico, o qual como os demais medicamentos precisa ser conhecido em sua posologia, efeitos colaterais e toxicidade”. Esta reflexão levou-nos a pensar quem é particularmente o ginecologista e como ele participa do estabelecimento deste encontro.

Sabe-se que a ginecologia é uma das especialidades médicas em que mais se observa o médico acompanhando a mesma paciente durante anos, favorecendo assim a formação de um vínculo mais estreito entre ambos. O médico torna-se como um clínico geral da paciente-mulher. Outra particularidade que a difere das demais especialidades é que a ginecologia potencialmente trabalha de modo direto com questões que envolvem a complexa sexualidade humana.

Levando em consideração estes aspectos particulares desta especialidade, será visto como os ginecologistas entrevistados manejam a consulta do ponto de vista psicológico, ou seja, o encontro com a paciente e a formação do vínculo

afetivo-profissional. Alguns recortes das entrevistas podem exemplificar as proposições acima:

“a gente não pode escolher a paciente mas, a paciente pode escolher o médico, a gente tem que estar aqui na retaguarda o que vier a gente tem que estar, não pode falar não, até logo, (risos) vai procurar outro colega. (01- ♂)

O vínculo vai do (pausa) do que a paciente vem preparada para ver, de você. Às vezes ela já vem preparada para gostar de você. Outras vezes ela vem preparada para não gostar de você. Você tenta fazer com que ela goste mas muitas vezes você não agrada. (02- ♂)

...Eu identifico que existem expectativas muito diferentes na dependência de quem me procura (...). na medida em que eu não faço parte da linha hegemônica, que meu discurso é um discurso contra hegemônico (...)Quer dizer, já tem uma identificação muito grande, pré-consulta .(03 – ♂)

Pode-se observar que existem expectativas por parte destes profissionais sobre o tipo de relação que irão estabelecer com a paciente.

Como mencionado anteriormente, mesmo que o médico ocupe um lugar predeterminado social e culturalmente, propiciando-lhe um lugar de prestígio, este detém um determinado tipo de saber e a virtude de, algumas vezes, curar, fazendo deste profissional uma autoridade ilustre e atraente. Desse modo, vê-se que a subjetividade do campo de atuação ultrapassa a competência técnica (Jeamment et al., 2000).

Fazendo uma leitura atenta destas falas, pode-se pensar que, a princípio, existiria certa ansiedade destes profissionais quanto aos dispositivos que possam vir a perpetuar esta relação.

Na atividade clínica extra-hospitalar é a dinâmica de cada encontro com cada paciente que irá formalizar o exercício profissional. O médico está submetido à autonomia da sua paciente, pois em última instância é ela quem o elege e também decide sobre o seu comprometimento aos procedimentos terapêuticos. Ainda que em determinados contextos, como por exemplo, nos serviços públicos, a paciente, na maioria das vezes, não possa eleger diretamente seu médico, a adesão ao tratamento embute um sim ao vínculo que possibilita a continuidade do tratamento com “aquele médico”.

Estes fragmentos podem demonstrar tanto a preocupação natural quanto ao estabelecimento do vínculo que sustentará a relação médico-paciente, como também pode estar contido nestas falas o desejo de re-conhecimento, através do outro (neste caso, a paciente).

Pode-se imaginar que o desejo de re-conhecimento é, antes, um desejo de existência. O ser humano é o único do chamado reino animal que nasce em profundo desamparo, necessitando por um longo período de um outro, ou seja, alguém que o cuide e que lhe confira um lugar no mundo. Ao longo da vida, continuamos necessitando das relações que estabelecemos com o outro, buscando re-assegurar um lugar conhecido, no qual possamos nos encaixar.

Estas falas também nos levam a pensar que o vínculo médico-paciente se inicia através de um sutil jogo de sedução natural que cativa a paciente naquele lugar, onde o médico pode se re-conhecer e ser re-conhecido por ela, ou seja, tenta fazer com que a paciente goste dele ou criar um discurso que o diferencie dos demais.

Questionamos-nos se haveria idealização por parte do médico sobre a relação que irá estabelecer com a paciente. Serão eles escolhidos ou re-conhecidos?

A idealização do primeiro encontro com a paciente pode guardar semelhança com as experiências infantis quando o “eu” vai se constituindo na presença do outro. Sabemos que essa relação inicial que dá a ilusão de uma completude, alicerçado fantasmaticamente em um objeto que portaria consigo a plenitude perdida. Portanto, pode-se extrapolar este conceito e pensar que a relação médico-paciente poderia fazer eco a essa ilusão de completude, uma vez que a paciente só poder ser paciente diante de um médico e o médico só poderá exercer sua função se tiver uma paciente. Para que se estabeleça o vínculo é preciso que no primeiro contato, médico e paciente encontrem, através dos mecanismos de projeção e identificação, um dispositivo interno com o qual possam se identificar e se reconhecer naquela dupla.

Segundo Dejours (1992), o individuo coloca na sua profissão sua personalidade; sua memória, em confronto com as condições de trabalho, dos contextos sociais e históricos. Os conteúdos significativos próprios do sujeito dizem respeito a vários elementos que contribuem para a formação da imagem de si.

De acordo com Zimmermam (1992), para o médico ter assegurado sua consistência e coerência profissional, é preciso que tenha seu esquema referencial como parte de sua identidade profissional. Para esse autor, esquema referencial seria o conjunto de conhecimentos, afetos e experiências com os quais se pensa, age e comunica.

Portanto seria lícito supor que as relações e experiências que vivenciamos no início da vida, com o cuidador e com as pessoas significativas, formam as bases desse esquema referencial.

Se partirmos do pressuposto de que estamos constantemente submetidos aos fenômenos do inconsciente, que é atemporal, inferimos que a relação que se estabelece com a paciente poderia eventualmente transportar os sujeitos para as experiências subjetivas vividas na infância com objetos significativos.

É interessante observar que se pensarmos no médico como aquele que cuida da paciente, poderíamos dizer que um dos componentes da relação médico-paciente se faz através da identificação com o cuidador. Recordamos que o cuidar é uma característica culturalmente predominante, embora não exclusiva, do caráter feminino.

O interjogo com a realidade, a intimidade, a história pessoal e o simbólico do sujeito compõem a relação e o vínculo com a paciente.

Por outro lado, lembramos que o contato próximo com o outro também pode mobilizar sentimentos e fantasias, na maioria das vezes inconscientes, que podem dificultar a formação do vínculo.

Em estudo feito por Caprara et al. (2004) sobre a relação médico-paciente, os autores observaram que no começo da consulta quase todos os médicos estabeleceram uma relação empática com a paciente, porém, apesar disso, uma série de problemas surgiram de forma evidente; entre eles foi observado que no decorrer da consulta a comunicação passa ser unilateral.

Pode-se pensar que uma das dificuldades para o estabelecimento do vínculo acontece quando a paciente não está no lugar de alguém a ser ouvida e entendida, mas como alguém que venha somente confirmar a função do médico.

Neste sentido, quando a paciente retorna ao mesmo médico, seria porque de alguma forma ela se sentiu ouvida ou entendida. Nestes casos a paciente não só confirmaria a função do médico, como também, ele poderia obter certa gratificação narcísica que poderíamos denominar de saudável, pois teria seu re-conhecimento. Por outro lado, quando o médico se perde em suas motivações internas, poderia comprometer o vínculo.

Sabe-se que a formação do vínculo irá depender da interação de vários fatores, internos e externos tanto do médico quanto da paciente, porém, nem sempre os profissionais percebem seus próprios elementos que facilitam ou bloqueiam o vínculo, como diz um dos entrevistados.

Se nós ginecologistas, tivermos um ouvido competente, desenvolvermos uma escuta competente, afetiva, e aprendermos a não fazer juízo de valor, aprendermos a estar disponíveis para que estas mulheres possam aproximar de nós, e fazer daquele espaço da consulta, um espaço protegido, um espaço completo da sua relação médico-paciente. (05 -♀)

Portanto, pode-se inferir que para surgir algo novo, para que haja o reconhecimento, ser visto, reconhecido e escutado, seria necessário que previamente os profissionais da saúde, em especial o médico, mudassem de lugar, do saber *a priori*, para buscar conceitualizar a experiência vivida, para poder construir uma relação singular.

4.3. Consulta médica como um encontro identificatório

A identificação é tida como um processo psíquico inconsciente pelo qual uma pessoa assimila uma parte mais ou menos importante de sua personalidade a um outro que lhe serve de modelo (Mijolla, 2005). Freud (1921, p 2585) em sua obra *Psicologia de grupo e análise do eu*, diz que "a identificação é conhecida em psicanálise como a manifestação mais precoce de um laço afetivo".

Ao reportar ao pensamento kleiniano, encontra-se que os mecanismos psíquicos de identificação formam suas bases nos processo mais primevos do desenvolvimento psíquico e sua relação com objetos externos, sendo a mãe (feminino) ou alguém que faça a função materna o primeiro de todos os objetos. A partir das experiências corporais, que vão além das funções fisiológicas, e dos mecanismos psíquicos de projeção e introjeção, é que se constituem o corpo e a subjetividade do sujeito. Esses mecanismos vão se transformando no decorrer da maturação e, mesmo no adulto, a interação com o meio nunca é totalmente livre de influências internas (Klein, 1959)³.

Lacan (1998) denominou de estágio do espelho o momento psíquico no qual, "a criança antecipa o domínio sobre sua unidade corporal através de uma identificação com a imagem do semelhante e da percepção de sua própria imagem num espelho". Há, portanto, uma identificação primordial e fundamental do sujeito com a imagem, antes esfacelada, com uma totalidade unificada, que lhe permitirá promover a estruturação do eu e a subjetividade.

Supomos que nas relações humanas exista o predomínio pela procura do semelhante, daquele que confirme a nossa imagem, permitindo a ilusão de que se permaneça em um estado de adormecimento, sem sobressaltos.

Acompanhando alguns exemplos, observamos como estes processos psíquicos estão presentes na relação médica/mulher –paciente/mulher.

“Eu sinto que no momento da consulta ginecológica, é um momento também que você reflete suas coisas pessoais,(...) quando eu comecei minha vida profissional(...) , eu não sabia nada do meu corpo (...), sabia muito pouco da minha sexualidade, e eu via que eu aprendia muito com as mulheres. Elas me falavam muito sobre mim mesmo”. (04- ♀)

“Eu me sinto muito bem atendendo a clientela feminina, me integro muito bem justamente porque eu atendo nesta área da esfera reprodutiva, eu consigo identificar os problemas delas, me colocar no lugar delas e senti um pouco”. (06 -♀)

Foi possível observar nas médicas entrevistadas mecanismos identificatórios com a condição feminina de suas pacientes. As ginecologistas puderam falar mais diretamente sobre essa identificação que se dá com aquilo que lhes é, em parte, semelhante.

Estas falas parecem ter como pano de fundo uma inquietação que permeia o mundo subjetivo e que pode estar associado ao desejo de querer saber, afinal, o que é ser mulher.

³ Klein M. Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental (1959) in: Klein M. Inveja e Gratidão 4.ed. Rio de Janeiro:Imago; 1991. p.270-9.

Esta indagação remete-nos a pergunta que Freud (1925) fez: “O que quer a mulher, afinal?”. As questões pertinentes ao universo feminino trazem muitas indagações. No conjunto da obra freudiana, o feminino ocupou um lugar especial, ao mesmo tempo impulsionador de sua produção, bem como seu ponto de impasse. Freud (1933) utilizou a metáfora “*continente negro*” para se referir ao mistério da feminilidade.

No entanto, é possível dar um passo além e fazer outra leitura do que é a clínica da ginecologia, como sendo uma especialidade médica que se propõe a estudar as metáforas dos fenômenos feminino, que se expressam a partir do corpo.

Pode-se pensar que as indagações internas de cada um sobre o feminino moldam esta relação específica entre ginecologista e paciente.

Eis outro exemplo:

“...acho que as mulheres podem ter uma tendência de estarem mais de acordo, mais em sintonia com a natureza feminina porque elas também são mulheres mas, por outro lado, também tem algumas médicas que ficam muito é (pausa) nesta atitude de se defenderem, de se distanciarem daquilo que elas estão sendo tocadas pela outra mulher”(04 - ♀)

É plausível inferir que o contato com a paciente desperta sentimentos de ambivalência, pois, ao mesmo tempo em que se busca *uma sintonia* (identificação) *com a natureza feminina*, também pode se esbarrar em atitudes defensivas *com “aquilo que estão sendo tocadas pela outra mulher”*.

É interessante a escolha dessa expressão, pois ela reflete que a proximidade física entre o médico e a paciente pode ultrapassar o contorno físico do corpo. O médico toca o corpo da paciente e é tocado psiquicamente por ela.

Questiona-se então quais aspectos psíquicos seriam tocados ou despertados a partir desse encontro com a paciente.

Relembrando os conceitos freudianos sobre o Complexo de Édipo e suas diferenças entre meninos e meninas, observa-se que o primeiro objeto de amor de ambos é a figura materna (feminino). Tanto o menino quanto a menina ocupam frente ao desejo materno o lugar do falo. Para a menina, o deslocamento objetual, da mãe para o pai, nunca se faz por completo, e ainda que a intervenção paterna seja fundamental para a constituição da menina como sujeito, ela não é resolutiva desse Complexo, não fornecendo a resolução do modelo de uma identificação feminina. Essa identificação deve ser buscada em sua relação com a mãe (Freud, 1924).

A grande contribuição de Lacan às formulações de Freud foi a descoberta de que a lógica fálica não é capaz de dar conta das particularidades da sexualidade feminina. A mulher é, em parte, submetida à castração e, em parte, não; é neste terreno, além do falo, que o destino de sua feminilidade se decide. Daí a importância da relação com a mãe, mulher como ela (Lacan, 1985).

O entrecruzamento do Édipo com a lógica da castração, a partir do primado do falo, determina, desde Freud, a inexistência de um significante que simbolize o sexo feminino. Lacan (1985), afirma que não se trata da falta de um órgão, mas de um símbolo específico da sexualidade feminina, o que faz ele afirmar, de

uma forma radical “A mulher não existe”. Neste sentido uma mulher, além do falta-ser que a caracteriza como sujeito falante, deve fazer face à ausência de um significante específico de seu sexo, que lhe garanta uma identidade.

Os autores que aprofundaram mais sobre as questões do universo feminino, colocam que, por toda a vida, a mulher luta com a tarefa de identificação e des-identificação referente à representação interior da figura materna. A mulher enfrenta a tarefa dualista e conflitiva de se identificar com os recursos femininos introduzidos pelo outro e, ao mesmo tempo, separar-se dele e assumir a responsabilidade sobre seu próprio corpo (Breen, 1998).

Partindo desses conceitos, inferimos que na relação com a paciente/mulher, uma médica poderia ter re-editado seus conflitos iniciais referentes às identificações com o feminino. Ao estar diante de um outro que supostamente lhe é semelhante, parece buscar internamente um significante comum que venha caracterizar a mulher, mas também de um significante único que possa definir “A mulher” (Lacan, 1985, p. 98).

Apesar de os exemplos citados serem extraídos das falas das ginecologistas mulheres, partimos da idéia de que, em cada ser humano, tanto homem como mulher, operam vivências internas e manifestações, tanto masculinas como femininas, em um interjogo criativo e intimamente ligado à estruturação da identidade psicosssexual. Essas vivências internas do masculino e do feminino são constitutivas do aparelho psíquico e geradas nas trocas afetivo-emocionais. Portanto, consideramos que os profissionais de ambos os sexos estão evidentemente sujeitos a serem tocados internamente pelos seus aspectos femininos e masculinos.

Para alguns homens a atividade profissional com as mulheres-pacientes pode ser uma possibilidade para lidar com os núcleos femininos de sua vida psíquica.

Portanto, o encontro com uma paciente mobiliza em médicos e em médicas, ainda que eles não se dêem conta disso, questões internas constitutivas da identidade de gênero, podendo despertar angústias relacionadas a elaborações dos lutos infantis sobre o desejo de bissexualidade, segundo foi postulado por Freud (1905).

Identificar-se com masculino ou feminino independe da anatomia dos órgãos genitais, que têm natureza biológica, porém, como foi salientado, é a partir da anatomia do corpo que se introduz um dos principais conflitos humanos. Tornar-se homem ou mulher (masculino/feminino) faz parte de um movimento psíquico extremamente complexo, conflituoso e povoado por fantasmas.

Supomos que o contato com a paciente, que nesta especialidade é necessariamente uma mulher, despertaria no médico um reconhecimento de seus núcleos femininos internos.

Para alguns médicos o reconhecimento desses núcleos femininos pode ser facilitador na formação do vínculo com a paciente, como exemplificaram as falas de alguns entrevistados.

“... um homem, se for um cara inclinado ao mundo feminino, ele pode ter muito mais habilidade para lidar com uma mulher, do que uma outra mulher”. (08- ♂)

*“... muitos ginecologistas que tem assim uma relação muito feminina”, (*) ... a ginecologia é um momento para eles ampliarem este lado feminino” (04 -♀)*

“Eu acho que a minha maneira de trabalhar, a minha saída do convencional, para um discurso mais contra hegemônico, está muito fundamentando no meu referencial de mulher. Um referencial muito forte” (03♂).

Nas linhas e entrelinhas, esses sujeitos puderam evidenciar a sutil flutuação que permeia o mundo interno masculino ↔ feminino. Aqueles médicos que se encontram em uma condição interna de maior permissão e liberdade com relação a esta oscilação, supõe-se que puderam falar mais à vontade sobre tais aspectos. E aqueles que não se encontrariam nesta dinâmica interna, nem sequer evidenciaram qualquer preocupação com suas relações masculinas ↔ femininas.

4.4. Consulta médica extrapola o encontro bi-pessoal

Sendo a ginecologia a especialidade que cuida da saúde reprodutiva da mulher, bem como das questões pertinentes ao exercício da sexualidade, pressupõe-se que na consulta estejam presentes a mulher/paciente e seu parceiro real ou imaginário. Portanto, o médico está autorizado a tomar conhecimento e intervir sobre as questões da sexualidade de sua paciente e, eventualmente, fazer intervenções clínicas a seu parceiro.

Neste sentido a consulta não se estabelece necessariamente a partir da relação bi-pessoal, pois, mesmo que implicitamente, há um terceiro que propicia o estabelecimento de uma relação triangular, entre o médico e o casal, representado pela paciente.

Como se sabe, para Freud o complexo de Édipo é a organização central da personalidade humana, é estruturante e alicerçador do psiquismo. Com a triangulação que constitui a base essencial dos conflitos humanos, desenvolve-se a personalidade e a dinâmica das relações. Por sua vez, os estudos sobre a transferência, estão intimamente ligados à teoria sobre o Édipo. Pode-se dizer que a transferência é, a grosso modo, reedições de conteúdos edípicos. Por este motivo, esse conflito inicial que se expressa acentuadamente na infância é revivido durante toda vida em diferentes momentos, podendo obter outros desfechos.

Portanto, seria lícito supor que há transferência dos protótipos arcaicos das instâncias maternas e paternas para outros *settings*, como por exemplo, a consulta ginecológica, haja vista esta especialidade ter a particularidade de, em determinados momentos, manejar questões pertinentes ao relacionamento do casal.

Os recortes, a seguir, podem exemplificar como estas situações acontecem durante a consulta médica.

“Ela já havia falado para mim: precisamos conversar nós três e às vezes ela nem fala nada para o marido. Vem aqui e fala, (pausa) o que ela (pausa), o que está acontecendo. Depois ela fala para o marido, não falei que ia falar!?! Então ela tem até uma retaguarda neste sentido, a gente serve até de apoio, não sei se o marido vai gostar ou não (risos) (01-♂).

A tendência é a gente se colocar o mais neutro possível, não assumir assim uma, não definir muito, ficar neutra, mas, sustentar a mulher, dar para ela um suporte. (04 -♀)

Eu vejo que compete ao médico, dizer assim, eu sou médica daquele paciente, então eu vou buscar a melhor orientação para ela (06-♀).

As situações trazidas pelos entrevistados parecem acontecer com frequência nesta especialidade. Observa-se que o *setting* clínico pode despertar um complexo jogo de relações.

Levando em consideração que as vivências edípicas são atualizadas ao longo da vida, poderíamos inferir que a maneira como os profissionais atuam diante da demanda da paciente e/ou casal está associada à forma como manejam suas questões frente a suas vivências iniciais diante das figuras parentais.

Foi possível observar condutas diferentes, como, por exemplo, fazer um tipo de aliança, servir como apoio para a paciente, deixando teoricamente o companheiro excluído.

Consideramos que seja natural que o médico se preocupe e atue buscando o bem-estar de sua paciente. Porém, inferimos que determinadas condutas tanto podem fazer eco ao desejo de reviver, ainda que momentaneamente, a experiência da relação dual vivenciada nos primórdios da infância, como também esboçar a rivalidade com o terceiro que vem para interditar esta relação.

Recordamos que a transferência pode ser ambivalente; abrange atitudes positivas (de afeição), bem como atitudes negativas (hostis). Na dinâmica da relação que se estabelece entre médico-paciente, tanto um como outro podem ser colocados, inconscientemente, no lugar das figuras parentais.

A seguir, o comentário de outro entrevistado sobre sua percepção diante de determinadas situações clínicas:

“...tem situações que são muito incômodas, às vezes quando você tem por exemplo que ligar para o cara porque ele tem que tomar um remédio porque passou uma coisa para ela. ...tem que ter muita sensibilidade para colocar essas coisas, porque uma palavra sua mal colocada, pode até destruir o casamento. Até porque às vezes, se o marido não está aqui, ela pode dizer coisas que você não falou, é muito comum isso. Eu acho que essas situações são muito importantes, muitas vezes eu almoço com marido de paciente.e é interessante porque eles conseguem me ver como um parceiro. (08 - ♂).

Não parece ser uma conduta habitual estender o *setting* clínico para situações do âmbito social, podendo esta atitude estar relacionada com características próprias deste entrevistado. Porém este sujeito demonstrou mais explicitamente uma preocupação em não ter atitudes que poderiam “desintegrar” o casal.

Como bem lembrado pelo entrevistado, a atitude do médico tanto pode contribuir para quebrar os possíveis preconceitos e integrar o casal, como também desencadear situações de desentendimento conjugal.

Portanto, convém que o médico esteja atento a suas atitudes. Por outro lado, os cuidados e preocupações demonstradas em preservar o relacionamento do casal poderiam ter suas raízes nos desejos inconscientes, de reparar os danos feitos em fantasias às figuras parentais enquanto casal.

Recordamos que segundo Segal (1975), em *Introdução à obra de Melanie Klein*, a relação do casal desperta sentimentos de inveja e rivalidade na criança, sendo necessário que esta tenha uma capacidade de tolerância à frustração, à dor psíquica e uma capacidade para elaborar lutos infantis, ou seja, renunciar ao vínculo exclusivo com a mãe.

Aplicando estes conceitos teóricos para a relação médico-paciente em ginecologia, inferimos que essas falas poderiam expressar certa inquietação, ainda que inconsciente, desses entrevistados diante de seus conflitos edípicos. Essas inquietações que naturalmente permeiam o mundo psíquico podem ser reeditadas nas relações transferenciais vivenciadas a partir da relação médico-paciente/casal, que por sua vez, podem guardar semelhanças com as relações iniciais diante das figuras parentais.

Mesmo que estes recortes não nos permitam aprofundar na discussão sobre possíveis conflitos vivenciados por estes entrevistados, pois não dispomos de material clínico, permitimo-nos inferir que as nuances nas atitudes e nas intervenções dos profissionais, frente à paciente e seu companheiro, são permeadas pelas vivências afetivas pertinentes ao conflito edípico que, por sua vez, tenham relevância na história pessoal de cada um.

4.5. Aspectos contratransferenciais peculiares da consulta ginecológica

Recordando Klein (1937)⁴ a capacidade de identificação com o outro é um elemento extremamente importante nas relações humanas, pois é essa capacidade que permite a renúncia dos próprios interesses e desejos para colocar temporariamente os interesses e emoções do outro em primeiro lugar.

⁴ Klein M. Amor, culpa e reparação (1937) in: Klein M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945). Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro:Imago; 1996. p.345-384.

As experiências vividas nas relações iniciais podem modular as identificações que se estabelecem na vida adulta. Neste sentido, a relação médico-paciente pode propiciar ao médico agir segundo os referenciais estabelecidos na infância.

O médico pode, em alguns momentos, atuar como objeto protetor, reproduzindo um cuidado materno. Ele pode ter para com a paciente o que Winnicott (1999) chamou de *holding*, que constitui a identificação viva com a criança, neste caso a paciente, apoiando-a e contendo-a em suas ansiedades naturais.

Também poderia estabelecer uma relação que faça a função de *rêverie*, conceito desenvolvido por Bion. A *rêverie* seria a capacidade da mãe em dar continência às vivências angustiantes, devolvendo ao bebê elementos “desintoxicados” (Bion, 2004). Portanto, supõe uma presença humana capaz de auxiliar uma pessoa a transformar sensações sem nome (sem simbolização) em pensamentos mentalmente utilizáveis.

Aplicando estes conceitos à relação médico-paciente, podemos inferir que a assimetria dessa relação propiciaria à paciente tornar-se psiquicamente regredida, mobilizando um determinado tipo de atuação no médico, como exemplificam as falas a seguir.

... tentar me colocar no lugar dela e com isso cuidar bem para que seja menos sofrido para aquela mulher, que não cause não só a dor física, mais a dor psíquica”. (04- ♀)

...” perceber o grau de infantilização dessa pessoa, e ter uma atitude como médico que possa facilitar com que ela progrida da regressão, para se estabelecer uma relação mais igual(...) a relação médico-paciente se apresenta inicialmente assim, você tem que de alguma forma ter todos os seus sentidos muito apurados” (08- ♂ -)

A prática de atender pessoas e estabelecer vínculos constitui-se também em certa experiência emocional que se estabelece entre ambos. Assim, os mecanismos de identificação e projeção presentes na relação médico-paciente podem ser, para ambos, uma oportunidade de elaborar e reparar conflitos infantis.

O ato de fazer reparações torna-se um elemento fundamental do amor e de todas as relações humanas. A capacidade para o amor e a devoção, primeiramente em relação à mãe (feminino) ou a quem exerce a função de maternagem, transfere-se mais tarde não somente às relações com outras pessoas, como também se amplia para outras áreas, como, por exemplo, a atividade profissional. Esta capacidade significa um enriquecimento da personalidade e da capacidade de usufruir seu trabalho, além de abrir uma variedade de fonte de gratificação (Klein, 1937)⁵.

As elaborações dos conflitos iniciais poderiam também abrir caminho para a expressão criativa e a sublimação, podendo refletir-se em uma atuação profissional mais acolhedora, manifestada através do desejo de querer curar, sendo esta uma possibilidade de reparação de sentimentos naturais de agressividade.

Foi possível observar nas falas dos entrevistados como esses mecanismos estariam associados à atuação profissional.

“ ... interessante que eu acho que a busca da ginecologia deve ter tido fatores inconscientes que me (pausa) foi assim uma certa gratidão. Porque quem ti cuidou? não é gratidão? (...) Me gratifico atendendo pessoas.” (08- ♂)

⁵ Klein M. Amor, culpa e reparação (1937) in: Klein M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945). Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro:Imago; 1996. p.345-384.

“Curá-la fisicamente e também mentalmente, psicologicamente, para ela estar bem com o seu parceiro. Eu acho que a idéia é exatamente esta, ela estar bem, como ela vai fazer o uso disso (pausa), pra mim é realmente bem tranquilo. Para que o casal, os parceiros, estejam bem, realmente isto é gratificante, a gente ver o casal resolvido (01-♂).

A partir dessas falas, supomos que aspectos importantes dos vínculos iniciais com as figuras parentais tenham sido bem elaborados.

Por outro lado, quando estes conflitos, principalmente com a figura materna, não foram elaborados, podem interferir nos vínculos pessoais e profissionais do sujeito, como exemplificam as próximas falas:

“Nem sempre as ginecologistas, elas estão preparadas para ouvir e dar uma escuta competente e afetiva, a maioria delas também não tem esta discussão própria, de sua própria feminilidade, de sua própria sexualidade trabalhada e aí é um risco” (05 ♀)

“...se o médico for uma pessoa, não importa o sexo dele mas, que tenha a sexualidade dele mal elaborada, a afetividade mal elaborada, o índice de realização mal elaborado, não está feliz, é muito perigoso, na minha opinião uma pessoa assim” (08- ♂)

Estes recortes podem exemplificar como o encontro com a paciente mobiliza complexos fenômenos psíquicos que permeiam o dinâmico campo das relações humanas.

4.6. O Manejo das pulsões mobilizadas na relação com o feminino

Como já mencionado, a ciência médica tem o corpo humano como objeto de estudo e intervenção. É a partir desse objeto concreto, o corpo (Ferrari, 1995),

que por meios de gestos, toques e palavras vão se constituindo o corpo erógeno e a sexualidade psíquica, objetos de estudo da psicanálise. A interação entre o psiquismo e o soma promove a comunicação entre as sensações corporais e suas respectivas representações.

Portanto, parece lícito supor que a proximidade física e o contato com o corpo podem mobilizar pulsões tanto no médico quanto na paciente.

Não pretendemos abordar questões da ética profissional, pois partimos dos pressupostos que estes aspectos estão incorporados pelos médicos. Porém gostaríamos de refletir a ética sob o vértice da subjetividade que marca este encontro interpessoal.

Podemos observar, no exemplo, como se expressa um dos sujeitos sobre o encontro com a paciente.

“..o médico toca a pessoa, toca o corpo, ele mexe com o corpo. O vínculo com o corpo é muito mais forte do que com a mente.... o médico acaba tendo uma intimidade maior com a paciente até porque penetra não só no universo afetivo, mental da mulher como também no corpo dela”. (08- ♂)

Já falamos que o corpo é o intermediário da relação médico-paciente e também o receptor e propagador de tudo o que se processa dentro do psiquismo. As primeiras marcas das diferenças que constituem homens e mulheres se inscrevem anatomicamente no corpo.

O médico está autorizado a ver, tocar e pesquisar tanto o que está fora quanto o que está dentro deste corpo biológico de sua paciente. Este poder social

concedido ao médico permite, segundo Jeamment (2000), o retorno socializado do desejo arcaico e reprimido de ver e conhecer para poder contestar as angústias frente ao sexo e à morte.

Se levarmos em consideração que a constatação das diferenças sexuais promove reações que marcarão a vida adulta, o desejo de saber e as pesquisas sobre a sexualidade feminina revestem-se de um valor particular, já que o sexo feminino constitui a primeira inquietação sexual infantil para os dois sexos (Chasseguet-Smirgel, 1988).

Aplicando esses conceitos teóricos para a relação médico-paciente na clínica ginecológica, poderíamos inferir que as vivências afetivas e instintual (pulsional) são mobilizadas a partir do contato com o corpo feminino: *“o médico toca o corpo, penetra no universo afetivo e no corpo”*.

É curiosa a expressão “penetrar”, que traz como uma de suas definições “entrar e se difundir, invadir” (Bueno, 1979). Essa expressão pode ser entendida como metáfora de um desejo primitivo de entrar e se difundir no corpo do outro, uma tentativa de buscar restaurar a primeira relação de unicidade, onde sujeito e objeto não se distinguiam (Deustsch, 1947).

Poderia ser uma maneira de minimizar, ou mesmo apagar simbolicamente, as diferenças. Neste sentido, podemos inferir que os ginecologistas têm que lidar não só com o corpo e a saúde do aparelho reprodutor feminino, como também eventualmente ter que manejar psiquicamente questões da sua própria sexualidade, mobilizadas a partir deste contato.

Podemos observar em outros exemplos como estes sujeitos se expressaram sobre esse aspecto:

a sexualidade do profissional tem que ficar meio que abolida na consulta, mas, quando ela vem, a gente não sabe se realmente ela veio para ser manipulada ou se (pausa) qual foi o intuito dela. Felizmente ou infelizmente, aliás eu acho que felizmente, eu fui questionado assim vari.... poucas vezes. (01-♂)

Eu acho complicado porque.(pausa) como vou dizer, (pausa) é um problema muito sério porque dá desejo, às vezes a paciente é bonita, de repente você fica encantado com ela, você não pode demonstrar isso, você tem que ficar no seu trabalho normal, não pode misturar trabalho com, com.....principalmente ginecologista. Você não pode atender sem uma auxiliar na sala, ela pode entender aquilo de uma outra maneira (02 -♂).

Relembramos que na *Psicopatologia da vida cotidiana* Freud (1900) já havia observado que as pausas, interrupções, lapsos e os atos falhos acontecem enquanto manifestações do inconsciente.

Mesmo que estes dizeres não tenham surgido através de um dispositivo do discurso totalmente livre, pois estes sujeitos foram submetidos a uma entrevista semidirigida, podemos inferir que as mobilizações internas estão invariavelmente presentes, mesmo que a demanda para falar tenha vindo de outro lugar psíquico.

Ao serem questionados sobre a possibilidade do contato com a paciente desencadear algum tipo de sentimento, alguns dos entrevistados puderam expressar como lidam com estas situações sem perder suas referências éticas.

Estes sujeitos falaram sobre a censura natural que se deve ter para poder exercer a profissão. É interessante observar que as frases trazem em

seus conteúdos as recomendações do código de ética da especialidade, o que nos leva a supor que estes médicos estão submetidos às regras da profissão. Por outro lado, se a sexualidade do profissional deve ser abolida é porque de alguma forma ela está presente.

Mesmo tomando os supostos cuidados éticos, curiosamente encontramos um levantamento feito por Meirelles (2004) que trabalhou sobre 403 denúncias de assédio sexual feitas ao Conselho Federal de Medicina, entre os anos 1997 e 2001, e traçou o perfil dos profissionais acusados. Constatou, entre outros achados, que a especialidade de ginecologia/obstetrícia foi responsável por 20,6% dos processos sobre assédio sexual. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) também fez um levantamento das denúncias encaminhadas a este órgão entre os anos de 1995 e 2002 e constatou que a especialidade de tocoginecologia é a que mais recebe denúncias, respondendo a 12% do total geral. A queixa de assédio sexual é cinco vezes mais freqüente nesta especialidade quando comparada ao conjunto de todas as outras especialidades. Recomenda-se, portanto, que o ginecologista, principalmente os homens, realize o exame ginecológico na presença de uma auxiliar ou acompanhante da paciente (Rosas, 2002).

Havendo ou não alguma veracidade nos fatos, estes dados sugerem que as questões pertinentes à sexualidade, tanto do médico quanto da paciente, apesar de todos os cuidados éticos, circulam neste ambiente. Isto reforça a idéia de que o manejo das questões que envolvem a sexualidade está além do controle racional, pois elas permeiam e movem todas as relações humanas.

De todos os ginecologistas entrevistados, apenas um relatou não ter uma pessoa auxiliar presente na sala no momento da consulta e que, mesmo adotando esta conduta, não se recorda de ter tido “mal entendidos” com suas pacientes. A seguir, o recorte de sua fala sobre este assunto.

“ Eu acho que a situação ginecológica é bem profissional, no sentido anti-erótico mesmo. Agora eu não vejo nenhum problema, o médico admirar uma mulher que ele atende e se apaixonar por ela, casar, ter filhos. (...) Agora eu acho que tem que ser ético e o consultório é, para mim, um lugar sagrado. Ele tem que ser sempre um lugar sagrado. (08-♂).

É interessante este recorte, pois ele traz os mesmos conteúdos éticos mencionados pelos outros, porém com a diferença de que não é o profissional que deve ser assexuado, mas o ambiente de trabalho. Este deve receber o mínimo possível das interferências internas. Esta postura parece refletir uma condição interna de maior flexibilidade frente às questões da sexualidade.

Por outro lado, podemos inferir que quanto mais moralmente rígidos forem os profissionais frente à sexualidade, menos flexibilidade terão para manejá-la.

Outro entrevistado comentou o seguinte:

Olha o oposto já ocorreu, mas eu acho que isto está muito relacionado com em primeiro lugar com a tua própria sexualidade. Pra mim tenho absolutamente claro que a minha sexualidade não passa pelo consultório.

Se você não tem a sua sexualidade resolvida, vai confundir o tempo inteiro com essa atração sexual que pintou na rua, como se fosse a mesma coisa, quando na verdade não é, mas não é mesmo. Até pode ser, lógico, mas não é só isso. (03-♂).

Pode-se supor que, para a grande maioria dos profissionais, o manejo das questões da sexualidade se faz com uso de mecanismos egóicos de defesa. A negação e a projeção parecem ser dos mecanismos mais utilizados. São elas (as pacientes) e não eles (os médicos) quem interpretam de maneira equivocada o contato interpessoal.

Como mencionado na introdução, na grande maioria das vezes o médico não se dá conta de que sua atuação encontra-se colorida por sentimentos próprios. E estes tendem a alterar de maneira substancial os padrões de conduta do próprio procedimento médico. Mensagens verbais e não verbais atuam no sentido de reforçar jogos transferenciais e contratransferenciais.

Voltando aos dizeres acima, tomamos a liberdade de indagar se sabemos o que é ter a sexualidade bem resolvida, ou ainda, se haveria algum ser humano que tivesse resolvido bem suas questões pertinentes à sexualidade.

Inversamente aos ginecologistas homens, as mulheres, quando questionadas sobre suas percepções quanto ao fato de atenderem mulheres, não demonstraram preocupação quanto ao manejo da relação. Porém, enfocaram sob outro aspecto o contato com o feminino, como exemplifica o próximo recorte:

...a sexualidade, você manusear esta área, eu acho que realmente deve mexer num poder mais sutil, que impregna mais, que às vezes motiva a gente à procura desta profissão (04 -♀).

Podemos sugerir que manusear partes do corpo que representam o feminino, despertaria em algumas mulheres um poder mais íntimo, que por sua vez está impregnado pelas marcas históricas da condição feminina.

Ao retrocedermos na história da Humanidade, encontramos um grande número de representações femininas elaboradas principalmente no período neolítico, representando que a organização social era matriarcal. Diante do mistério da procriação, nossos ancestrais atribuíam poderes mágicos às mulheres, e representavam a divindade sob a forma feminina. Essa situação edênica durou milênios. No período medieval, a figura feminina deixou de ser idolatrada para se transformar em uma representação temida e odiada. De deusas-mães a bruxas, tipo psicossocial que emergiu no final da Idade Média (Cunha, 1994).

É interessante observar que assim como as deusas, as bruxas também simbolizam poder. A imagem de bruxa pode abarcar uma ampla gama de traçados históricos sobre as mulheres e as várias etapas de suas vidas: da infância ao envelhecimento.

No período da Inquisição, a perseguição às mulheres cirurgiãs e curadoras aumentou à medida que ia se solidificando o poder médico. O que restou do saber feminino foi sufocado diante do saber científico masculino. A sexualidade feminina cedeu e se submeteu à sexualidade masculina (Zordan, 2005).

Foi a partir deste período que se fixaram os papéis sexuais conhecidos nos dias atuais, o sistema econômico evoluiu para o capitalismo, sempre tendo como base uma cultura patriarcal, com pouco lugar para a mulher (Muraro, 2000).

Mesmo havendo uma mudança do pensamento e conceitos no decorrer da história, o feminino e o funcionamento do corpo da mulher ainda carregam uma ampla gama de enigmas para o imaginário humano.

O poder sutil do feminino pode estar na linha tênue que separa a vida e a morte. O feminino pode associar-se à mãe natureza, à terra que nutre, que dá calor, protege e ampara, porém a mesma terra que nutre absorve o corpo que se degenera. É no corpo da mulher que se desenvolve o novo ser, é a mulher-mãe quem forja o infante, meninos e meninas, mas é o desejo materno que pode produzir um efeito mortífero na criança se esta ficar no lugar de ser para sempre o desejo da mãe.

Neste sentido, poderíamos inferir que o exercício da ginecologia, ser autorizada a manipular os representantes simbólicos do feminino, para algumas mulheres, mesmo que de forma inconsciente, estaria associado ao poder sutil e ancestral, teoricamente perdido, do feminino.

4.7. Posturas ambivalentes do masculino frente ao feminino

Como já mencionado, o corpo feminino e o seu funcionamento sempre foram vistos como algo misterioso e enigmático, fazendo da ginecologia uma especialidade com particularidades próprias, pois lida não só com os aspectos da saúde da mulher, mas com tudo o que envolve o corpo feminino.

Em estudo realizado por Rohden (2000), utilizando as informações do Catálogo de teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940, foi encontrado o total de 7.149 teses, sendo que 1.593 (22,3%) eram de temas referentes à sexualidade e reprodução.

Mesmo que esses resultados não devam ser generalizados, pois se trata de estudo realizado em uma única instituição, eles podem exemplificar o interesse da medicina em conhecer as diferenças constitutivas do corpo da mulher.

Sabe-se que foi a partir das observações feitas sobre as reações infantis frente às diferenças sexuais que Freud (1905) articulou noções centrais para a psicanálise. Porém, antes de dar prioridade para as diferenças sexuais, havia considerado os mistérios envolvendo o nascimento dos bebês como fator mais importante no despertar da curiosidade e da sexualidade infantil.

Existem hipóteses de que sentimentos de inveja por parte dos meninos, calcados na visível modificação do corpo da mulher durante a gestação, não receberam um tratamento conceitual particularizado.

Segundo alguns psicanalistas contemporâneos, Freud ignorou a importância da maternidade para a psicologia feminina, como também o significado da inveja por parte do homem, da gravidez, parto, amamentação e maternidade (Chasseguet-Smirgel, 1988). São os atributos exclusivos do feminino que marcam as diferenças e conseqüentemente podem mobilizar sentimentos de inveja.

Nas falas dos sujeitos entrevistados apareceram conteúdos que poderiam expressar o sentimento de inveja masculina sobre os atributos exclusivos do feminino.

“Talvez, tenhamos até mais cuidado com o feminino do que o feminino com o feminino (.....) parece que elas não dão valor para as queixas das pacientes, o fato da gente não estar(pausa), não sentir exatamente o trabalho de parto, uma dor pélvica, alguma coisa neste sentido, e para a mulher, para a ginecologista era encara como tudo normal, porque elas sentem isso, e nós não temos essas patologias, por exemplo”. (01-♂)

...a menstruação é a lágrima do útero que chora. Não terá um pouco de verdade nisso? (07 -♂)

Supomos que estas palavras expressariam um sentimento de frustração dos homens por não poderem experimentar os fenômenos que pertencem somente ao sexo feminino, como, por exemplo, a gestação. Nos segmentos das frases aparece uma depreciação desses fenômenos, apontado por um dos sujeitos como sendo patológico.

Como mencionado na introdução, dentro da concepção histórica do desenvolvimento da medicina, o masculino é metaforicamente assumido como uma máquina de melhor qualidade do que o feminino. E a ginecologia, com a crença na singularidade do corpo feminino determinado à reprodução, definiu as mulheres como um grupo particular de pacientes e um tipo distinto na espécie humana (Rothman, 1982).

Porém a depreciação pode ter seu contraponto no desejo masculino pela maternidade.

No conto *Las Ruínas Circulares* de Jorge Luis Borges (1943)⁶, o autor centraliza a complexa temática na descrição do anseio “sobrenatural” de um homem que pretende conceber outro homem através do sonho e da sublimação. Seja em forma sintomática ou sublimada, este fantasiar abre espaço à hipótese de uma universalidade do desejo de maternidade do sexo masculino (Chaves, 2000).

⁶ Borges JL. Las Ruinas Circulares (1943). in: *Jorge Luis Borges: obras completas*. Buenos Aires: Emecé; 1989. p.451-55. v.2.

Freud (1908, p.1286) mostrou que o escritor “dirige sua atenção para o inconsciente de sua própria mente, auscultando suas possíveis manifestações, e expressando-as através da arte, em vez de suprimi-las por uma crítica consciente”. Portanto, o ato poético pode revelar algo do inconsciente e seus desdobramentos. Dizemos que o artista, através da criatividade, representaria em suas obras conteúdos psíquicos que permeiam a mente humana.

Neste sentido, o conto de Borges pode ser entendido como a sublimação de um desejo recalcado. O fecundo sonhador de *Ruínas Circulares*, ao dar à luz seu desejo de maternidade, toca em um dos pontos nevrálgicos de sustentação da distinção psíquica entre os sexos dentro da teoria freudiana, problematizando a questão da inveja como organizadora da feminilidade. Tornando-se o conceito de castração em uma acepção que não corresponde à mutilação dos órgãos sexuais masculinos, seu sentido emerge como desilusão, como destituição da onipotência infantil. A partir dessa experiência, crianças de ambos os sexos deverão aceitar que o mundo é composto de homens e mulheres, e admitir, com dor psíquica, que os limites dos corpos são mais estreitos que os limites do desejo (Nasio, 1991).

A mulher, enquanto objeto de estudo da ginecologia, coloca o médico, não importando o sexo destes, diariamente frente às questões de uma realidade-limite que divide a Humanidade em dois sexos. Constatar este limite pode mobilizar diversos sentimentos, como exemplificaria a fala a seguir:

...fundamentalmente existe uma coisa, o ginecologista trabalha com a intimidade absoluta da mulher. O fato da mulher, vamos dizer assim, se entregar,...então, ela está expondo aquilo que tem de mais íntimo. (07 -♂)

É interessante observar que esta frase deixa transparecer o desejo de tudo saber sobre o outro sexo. Ao dizer que o ginecologista trabalha com a intimidade absoluta da mulher, pode estar implícito o desejo de não ter que se haver com as diferenças, uma tentativa de amenizar angústias frente aos sentimentos de ser incompleto.

Outro aspecto que chama a atenção nesta frase é que a palavra “*entregar*”, utilizada na expressão, pode ser entendida como uma metáfora do “dar”, do “oferecer” sua intimidade, sua sexualidade, podendo ser entendido novamente como uma depreciação da mulher.

Estas falas poderiam sinalizar para o sofrimento psíquico frente às limitações, a incompletude de possuir apenas um corpo, apenas um sexo.

Pode-se observar na história do surgimento da ginecologia, que ela se constituiu com pretensões maiores do que se limitar a conhecer e tratar as doenças femininas, mas originou-se a partir dos estudos sobre as diferenças sexuais. Essas falas sugerem que os fenômenos que marcam essas diferenças ainda continuam inquietando, com maior ou menor intensidade, os seres humanos.

4.8. O exercício da ginecologia como um processo de revisão pessoal

Durante muitas décadas a formação do profissional da saúde foi limitada, predominantemente, às funções de meras reproduções de conteúdos de natureza anatomo-fisiológicas e das práticas médicas predominantes. Enquanto tal, não se dava lugar ao questionamento dos aspectos formais e ideológicos

constitutivos das ações educativas e práticas médicas, elementos capazes de interferir na consciência dos profissionais e de repercutir, em suas intervenções, na melhoria dos serviços e nas condições de vida tanto do paciente como do médico (Caprara, 1999).

Sabe-se também que a opção pela carreira médica traz consigo inúmeras mudanças na vida de um indivíduo. Rocco (1992) enumerou algumas dificuldades a serem enfrentadas já no início da vida estudantil. No decorrer de seu aprendizado e principalmente quando começa a exercer a medicina fora do ambiente da universidade, o médico aprende que o trabalho diário constitui uma transgressão constante às proibições comuns e que deve ter grande controle sobre suas emoções.

As experiências emocionais vividas a partir do contato com a paciente são pertinentes a todas as áreas da medicina e da prática da saúde em geral, pois guardam sua singularidade no que diz respeito à personalidade do profissional e na especialidade em que atua.

Sabemos que têm aumentado as discussões e preocupações pertinentes a formação destes profissionais. Podemos observar, nos recortes de algumas entrevistas, como estes entrevistados perceberam a necessidade de procurar outros recursos para poderem lidar com as demandas extracurriculares presentes no contato com a paciente.

“...foi uma procura mais marginal não no esquema oficial. No esquema oficial a gente não encontra praticamente nada, nem nas revistas de ginecologia, quando tem abordagem, são abordagens tão superficiais, tão fora desta realidade concreta. Eu fiz uma procura minha mesmo. Eu acho que também os processos terapêuticos que eu vivenciei também foram importantes. (04 -♀)

“... fiz formação em saúde pública, em homeopatia e em sexualidade. Isso me ajudou muito, tanto na minha vivência como mulher, como na minha vivência como ginecologista. Eu realmente sinto uma tranquilidade porque eu fui fazer formação e fui trabalhar minhas questões pessoais (05- ♀)

No trabalho cotidiano, a interação médico-paciente exerce papel importante para a satisfação profissional, contribuindo para que eles reflitam, não apenas sobre a vida do outro (o paciente), mas sobre sua própria vida. Podemos observar, nas falas, uma demanda por parte desses profissionais em procurar formações complementares que pudessem dar respaldo não só à atuação profissional, como também pudessem dar continência aos aspectos internos mobilizados a partir da relação com a paciente.

A consciência da necessidade de um desenvolvimento na interação comunicativa entre médico-paciente veio se ampliando desde a década de 60, através dos clássicos estudos em psicologia médica, tais como as experiências do Grupo Balint, ao valorizarem a dimensão psicodinâmica da relação médico-paciente (Balint, 1984).

No exercício da medicina não é raro que o médico se depare com momentos de impasses, situações difíceis de se manejar, geradoras de angústias e ansiedades. Na vida, tanto do médico quanto da paciente, há momentos de maior vulnerabilidade, muitas vezes associados aos períodos de transições existenciais. A finalização da educação acadêmica e o início da prática clínica podem ser considerados como momentos marcantes de transição.

Estudos sobre a educação médica e relação médico-paciente apontam para a necessidade de o estudante de medicina ter professores com quem possam discutir questões pertinentes ao manejo da relação com a paciente, uma vez que eles percebem que são fortemente mobilizados por este contato (Stark, 2003; Nogueira-Martins, 2006).

Como se sabe, faz parte da clínica ginecológica o atendimento de mulheres que vivenciam períodos de transições existenciais, consideradas naturais, como por exemplo: menarca, início da atividade sexual, gravidez, climatério, entre outras situações peculiares. Também faz parte desta especialidade tratar as doenças sexualmente transmissíveis, realizar cirurgias mutiladoras que, muitas vezes, têm maus prognósticos ou alteram completamente a qualidade de vida da paciente.

Portanto, no exercício da profissão, o médico depara-se muitas vezes com situações que mobilizam suas vivências internas. As experiências adquiridas através da prática e de situações experienciadas nos atendimentos clínicos, muitas vezes se encaixam dentro de padrões que podem ser previstos. Por outro lado, existem situações da clínica que são imprevisíveis. O próximo trecho pode exemplificar a dificuldade do médico em manejar situações imprevistas e que podem confrontar com valores pessoais.

Eu procurei terapia pessoal logo no começo da carreira vou te dizer porque: Veio uma pessoa me procurar, querendo abortar, uma aluna minha da faculdade.(...) E eu falei assim: “Eu não sei o que fazer, eu não sei se eu te encaminho para um aborteiro, não sei se eu fico p. com você porque veio me procurar para interromper uma gravidez, eu não sei se eu te ponho no meu colo para você chorar e pra eu te acolher, eu não sei se eu faço o aborto escondido, quer dizer, eu tenho mil dúvidas. Não posso te ajudar porque eu estou pior que você.” (08-♂)

Mesmo que este recorte fale sobre um contexto específico, pode exemplificar como o médico sente-se mobilizado com situações trazidas pelas pacientes.

No exercício profissional, é bom lembrar que estão presentes as características de personalidade, tais como um triunfo onipotente “eu soube curar” ou o inverso, situações de uma culpa onipotente “fiz tudo errado”. Há ainda tentativas de reparação, “como vou consertar o que saiu errado” e a transferência de esperança onipotente “ele dará um jeito nisso” (Clavreul, 1983).

Existem ainda situações específicas na clínica ginecológica que são difíceis de manejar, pois podem fazer eco a questões de posição ético-moral, nos conceitos ou preconceitos socioculturais do médico, como, por exemplo, a prática do aborto e a diversidade das orientações psicosssexuais. Supomos que, se o profissional está atento para estes aspectos, ele pode procurar trabalhar suas questões pessoais, como alguns entrevistados relataram ter feito.

Por outro lado, inferimos que, quando o profissional não percebe que certas situações da prática clínica o transportam para núcleos conflitivos, suas atuações e intervenções junto à paciente podem receber influências destes aspectos internos não necessariamente percebidos por ele.

Vejamos o que diz outro entrevistado sobre isso:

“ (...) a formação precisa ser além de ética, social e cultural, nós precisamos ter minimamente, um discurso mais afinado, não pode ser uma coisa individual de cada ginecologista. Se um ginecologista tem uma formação moral, assim ou assada, não pode julgar a mulher e tratar ela mal, ou machucar durante o exame porque ela fez isso ou fez aquilo” (05♀)

Talvez este recorte não reflita uma realidade constante, mas mesmo que este comportamento apareça em pontos isolados, não se pode negar que existem profissionais que ainda atuam baseados em seus regimentos internos.

Sendo a ginecologia uma especialidade que tem o atendimento necessariamente voltado à mulher, seria importante que estes profissionais pudessem aprender a manejar suas próprias questões internas referentes a um dos aspectos fundamentais, que marcam a existência humana, tais como a identidade e a sexualidade.

Sabemos que a ação do médico como agente de saúde se amplia na medida em que ele não deixa confundir seu mundo interno com as situações da prática clínica ou quando ele pode ou aprende a respeitar a individualidade da paciente.

Estes entrevistados fizeram sua formação universitária em uma época em que não se dava tanta importância aos aspectos subjetivos do profissional. Estas falas sugerem que foram as experiências vividas na prática clínica que os estimularam a procurar meios para trabalhar melhor os aspectos de seu mundo interno.

Hoje as escolas de medicina estão estimuladas a rever seus projetos pedagógicos, e por este motivo é oportuno reforçar a importância de refletir sobre a construção da subjetividade desses profissionais, principalmente quando optam por uma especialidade, como a ginecologia, que permeia constantemente questões pertinentes à sexualidade, que é um dos pilares na formação do psiquismo.

4.9. Gênero: algumas reflexões sobre as mobilizações internas diante das diferenças que constituem homens e mulheres

A medicina constitui uma das profissões em que mais se permite manter o sentimento de onipotência diante das questões fundamentais que marcam o ser humano, como a sexualidade e a morte. Essa ilusão deixa aberta a possibilidade para o refúgio do vazio humano, característico da existência finita do homem e de seu sentimento de incompletude.

Desde os tempos mais remotos, busca-se explicar estas questões fundamentais. Em “O Banquete”, obra prima da filosofia grega, Platão refere-se a uma pressuposta existência de três sexos nos primórdios da Humanidade, que poderiam representar o ser completo. Segundo o mito, Zeus cortou-os pela metade, gerando-lhes a forma atual. Desde então, o ser humano busca ansiosamente sua outra parte da qual foi separado (Platão, 2002).

Para o ser humano, a idéia e os sentimentos gerados com relação à “falta” podem ser difíceis de administrar, pois se associam a uma profunda ferida narcísica. A realidade mostra-nos que homens e mulheres são incompletos, ou utilizando um termo mais específico da psicanálise falta-para-ser. Se esse conflito não pode ser elaborado, é possível que seja atuado de diversas formas e em momentos diferentes.

Algumas falas dos entrevistados podem exemplificar como as diferenças entre os gêneros movimentam as inter-relações entre homens e mulheres.

“(...) o homem, no meu modo de ver ele fica muito mais à vontade com a mulher, como ginecologista e obstetra do que a mulher(.....) as médicas são muito mais agressivas, muito menos ouvintes, do que os homens. Para mim

é muito isso, é uma coisa tão masculina, que as mulheres são obrigadas a se masculinizar para poder entrar na competição do mercado”. (03 ♂)

“Existe um preconceito na medicina de que homem é melhor médico do que a mulher, por incrível que pareça!” (05-♀)

“Teoricamente, teoricamente, a mulher é mais sensível, mais dócil, ao contrário do homem que é mais agressivo. Mas eu conheço muito ao contrário. Quantas vezes a gente já ouviu falar, eu não vou naquela médica nunca mais; ela é uma (cavala)”. (07♂)

“Sem querer desmerecer meus colegas homens, eu sinto que eu posso perceber melhor a dificuldade que ela está tendo porque eu posso mais facilmente me colocar no lugar da paciente, mais do que meu colega ginecologista homem”. (06 -♀)

Estes trechos sugerem que existe um questionamento interno para saber quem é o melhor. Neste questionamento há a pressuposição de que existe um sexo que se sobressaia ao outro, ou seja, um superior e outro inferior. Tanto os homens como as mulheres se posicionam como sendo o melhor em relação ao outro.

Estas falas, que marcam em seu conteúdo a rivalidade, lembram as disputas infantis entre meninos e meninas para saber quem é melhor ou qual é o preferido dos pais, situações bastante conhecidas na vida cotidiana.

Parafraseando o ditado popular “Dois galos não cantam no mesmo terreiro”, podemos observar que o almejado é a supremacia de um sobre o outro ou então subordinação de um ao outro.

Mas isso não deveria fazer sentido, uma vez que não é evidentemente a condição de ser homem ou mulher que marca o bom e o ruim, o melhor e o pior. Podemos supor que, nas entrelinhas destas falas, a questão em pauta diz respeito às diferenças e não às desigualdades.

A história mostra que a partir do século XIX houve grandes mudanças nas ciências médicas, no mercado de trabalho, no estilo de vida das sociedades, bem como houve a propagação de um ideário feminista. Essas mudanças despertaram questionamentos a respeito do lugar a ser ocupado pelas mulheres na sociedade, do papel de gênero, das diferenças entre os sexos, além do estabelecimento de regras morais para o controle do comportamento social e sexual. As mulheres que lutavam por direitos ou que pretendessem ingressar em uma profissão “masculina”, como a medicina, por exemplo, eram vistas como uma ameaça à ordem burguesa, sendo retratadas pelo discurso médico como “espécie híbridas”, dentre outras coisas (Rohden, 2000).

Supomos que as falas acima possam ter algum fundamento no referencial histórico; por outro lado, retratam também uma crença subjacente sobre as diferenças sexual e de gênero.

Recordamos que quando Freud (1905) escreveu *Os três ensaios sobre a sexualidade infantil*, ele procurou mostrar que todo ser humano vem marcado por uma premissa básica, comum a homens e mulheres, que diz respeito à crença na existência de um único sexo: o masculino. Portanto, em um primeiro momento, a diferença se dá entre um ser que possui um órgão genital visível e outro que possui um órgão sexual que não se vê. Esta primeira versão infantil depende de uma crença imaginária de que a mulher foi castrada porque “não se comportou bem”.

Segundo Kehl (2004), a diferença imaginária pode vir a significar uma diferença de valor entre homens e mulheres. E se a diferença se dá em termos da visibilidade, pois a anatomia marca a diferença, na realidade, nos dois corpos

existem órgãos sexuais. O caminho a percorrer seria destituir a diferença sexual de uma diferença de valor, que não se traduziria em termos de mais ou menos, bom ou ruim, pleno e faltante, é meramente diferente. É a diferença que nos constitui a partir da vivência e das conseqüências psíquicas frente à anatomia sexual, ou seja, a diferença entre quem está diante de uma perda consumada e quem está diante de uma ameaça de perda.

É interessante observar que nas falas dos sujeitos homens, a concepção sobre a mulher aparece cindida. De um lado está a mulher que incorpora as características femininas, incluindo aí a paciente que ocupa uma posição assimétrica, submissa, menos ameaçadora, em relação ao médico. Do outro lado, estão suas colegas de profissão, que *“são obrigadas a se masculinizar para poder exercer a medicina”*, ou seja, supostamente poderiam se igualar aos homens, o que representaria uma ameaça. Em outra comparação com significado mais agressivo, a expressão utilizada foi de que *são uma “cavala”*. O cavalo pode ser entendido como uma metáfora de força e virilidade.

Diante destas falas, pode-se inferir que os ginecologistas homens projetaram nas pacientes a rivalidade com o feminino, pois são elas (pacientes) e não eles (médicos), que dizem que as médicas são agressivas. A projeção da agressividade pode ser uma maneira de expiar conteúdos internos ameaçadores.

Por outro lado, as médicas se expressaram menos incisivamente, mesmo que também deixassem transparecer, em suas falas, conteúdos de rivalidade com o sexo masculino. De uma maneira mais sutil disseram que se consideram melhores do que os homens, porque na condição de mulher, supostamente

podem saber o que a paciente sente. Talvez sintam menos ameaças diante do feminino, facilitando os mecanismos de identificação com a paciente/mulher, como exemplifica o próximo recorte:

Eu fui ser ginecologista porque eu já era militante feminista na minha adolescência, e eu já sentia dificuldade mesmo enquanto mulher, adolescente,(.....) a dificuldade de fazer uma consulta ginecológica. Um pouco da distância do ginecologista da mulher, da genitalização da consulta, da distancia entre as questões próprias da feminilidade e as questões da saúde da mulher.(05-♀)

O próximo fragmento mostra outra maneira de lidar com as diferenças naturais entre homens e mulheres. Vejamos como se expressou um dos entrevistados sobre sua percepção do feminino:

“... a mulher com essa coisa da anatomia assim para dentro, eu acho que tem uma sabedoria de aceitar assim (pausa) aceitar o não conhecimento das coisas como uma forma natural até por desconhecer o genital dela que é para dentro, uma sabedoria que os homens às vezes demoram muitos anos para conseguir”. (08 ♂)

Este comentário sugere que se encontra implícita uma crença de que a invisibilidade do órgão feminino confere algo mais à mulher, da ordem da magia, do enigmático.

São bastante conhecidos os clichês concernentes ao mistério do feminino, assim como toda complexa mitologia elaborada em torno da mulher e de sua sexualidade. É pertinente recordar que Freud (1933) chamou a sexualidade feminina de “continente negro”, uma espécie de tabu.

As mulheres, ao ocuparem uma profissão que até pouco tempo atrás era androcêntrica, tiveram que inserir e se adaptar ao mundo mais racional e competitivo masculino, contrabalanceando com as atitudes ligadas à afetividade e à intimidade, tidas como qualificações do feminino.

Kehl (2004) faz uma provocação dizendo que a única diferença entre um homem e uma mulher é que a “mulher é também mulher, enquanto o homem é só homem”. Para uma mulher, fazer-se de homem pode ser ainda parte da feminilidade. Mas para alguns homens, a identificação com o caráter feminino pode implicar uma perda imaginária.

Não é pretensão deste estudo analisar, a partir de alguns fragmentos, aspectos tão profundos. Porém é possível visualizar nestas falas como as questões das diferenças constitutivas do homem e da mulher marcam a vida de um indivíduo, já que a ideia do falta-para-ser torna-se um enigma para ambos os sexos.

Mesmo que estas falas não retratem diretamente aspectos da relação médico-paciente, elas refletem aspectos gerais da relação homem-mulher que podem permear de forma sutil a relação médico-paciente.

4.10. Sobre a não possibilidade de Participar do Estudo

Como mencionado anteriormente, esta parte da discussão será dedicada as inquietantes situações sobre a não disponibilidade em participar da pesquisa. Relembramos que não serão analisadas as falas específicas daqueles que não se dispuseram em participar do estudo, estas foram parafraseadas e buscamos discutir o sentido desta não disponibilidade.

Consideramos que foram situações inquietantes, pois representaram 40% do total das entrevistas realizadas. A não disponibilidade pode ser entendida como uma forma de dizer através do não dito, do implícito, como também uma forma de deixar um silêncio na pesquisa.

A psicanálise considera que a linguagem é permeada pela pulsão. Esta última como sabemos, é o motor da atividade psíquica. Portando, o que se diz deve sempre ser contextualizado como foi dito, pois a fala não se resume na descrição de fatos, ela é ativa, capaz de gerar mudanças e transformações.

O valor da palavra e a força do não dito estão no cotidiano, em expressões como "não conte nada a ninguém", que podem exemplificar como, muito mais do que a ação, é o dito que, freqüentemente, é interditado. Tal expressão cotidiana pode mostrar como é de conhecimento público o poder da palavra. Neste sentido poderíamos sugerir que não querer participar da pesquisa seria uma forma de dizer "não conte nada a ninguém".

Rosa (2002) aponta alguns elementos sobre o poder da palavra. Um deles é que os enunciados não valem por si, pelo explícito, pelo fato relatado em si, mas pela enunciação concomitante e pelo posicionamento do falante. O ato da enunciação sempre altera o que é enunciado.

Para estes ginecologistas, não falar sobre o tema proposto poderia associar-se ao ato de preservar suas vivências internas, despertadas a partir da relação médico-paciente. Não nomearam suas experiências, diríamos que as deixaram implícitas.

Oferecer a possibilidade de falar sobre suas experiências na interação com a paciente, tanto pode ter sido um meio de designar que existe algo para ser dito, como pode ter criado, por este motivo, a desistência do ato de dizer.

Por outro lado, ao serem interpelados a falar sobre esta relação, abriu-se a possibilidade de ter um interlocutor, mesmo que por um tempo determinado e com um objetivo específico, para refletir sobre o encontro com a paciente, uma possibilidade de nomearem suas experiências vividas no restrito *setting* clínico.

Porém falar desta experiência implica se expor. Aqui pode aparecer um contraponto para suas desistências, que teriam como contraface um desejo recalcado de exhibir-se. Mostrar, exhibir, é algo originário, presente no desejo infantil de exhibir-se ao olhar do outro (Colucci, 2005).

Poderíamos inferir que, para alguns, falar sobre suas vivências na clínica, e tornar público seus dizeres, mesmo que sua privacidade fosse resguardada, poderia representar um desconforto, pois, estariam submetidos em primeira instância ao olhar do interlocutor (pesquisadora) e depois pelos múltiplos olhares dos leitores deste trabalho, uma vez que a interlocução proposta trata de uma pesquisa acadêmica que evidentemente se tornará pública. Poderíamos supor que eles se questionaram se estariam sendo avaliados em suas atitudes.

Este fato pode colocar em jogo os elementos narcísicos presente na constituição do sujeito. Esses elementos estruturantes que se vêem colocados em cena ultrapassariam os motivos explícitos para não participarem do estudo.

A desistência em participar também nos faz pensar em uma atitude ambivalente frente ao desejo de falar sobre suas experiências e de mostrar-se ao outro e o desejo de resguardar-se, pois, de alguma forma disseram, talvez sem se dar conta de que estavam dizendo. Permitimo-nos inferir que o sentimento ambivalente frente ao dizer e não dizer permitiu a flexibilidade para falar, porém manejaram suas informações de forma que estas ficassem restritas ao *setting* da pesquisa, ao sigilo ético que sua desistência em participar do estudo impôs.

Diante desta limitação, saímos um pouco do campo da psicanálise e nos propomos a pensar sobre a não disponibilidade em participar da pesquisa, utilizando os conceitos do campo da Lingüística e da Análise do Discurso. Dentro dessa abordagem podemos pensar essas recusas através dos sentidos que elas podem produzir a partir do que foi dito, ou seja, o que um sujeito quer significar para o outro quando fala.

Estamos cientes de que a Lingüística e a Psicanálise não são áreas facilmente aproximáveis. Segundo Kristeva e Rudelic-Fernandez no, *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O Legado de Freud e Lacan*, abordam a relação entre psicanálise e lingüística e afirmam haver historicamente uma incompatibilidade entre ambas devido a “concepções radicalmente diferentes do sujeito e da linguagem”, mas concordam que algumas tentativas nesse sentido foram bem sucedidas (Kristeva e Rudelic-Fernandez, 1996).

4.10.1. O dito e o implícito

Dentro da análise semântica, a noção de implícito formulada por Ducrot (1972) prevê modos de expressão implícita, que permitem deixar entender sem ficar descoberta a responsabilidade de se ter dito. Ou se expressar de tal forma, de modo que a responsabilidade do dizer possa ser recusada. Beneficiar-se ao mesmo tempo da eficácia da fala e da inocência do silêncio.

Para este autor, há pelo menos duas origens teóricas distintas pela qual o implícito pode ser pensado. Primeiro, em toda coletividade, mesmo nas mais liberais, há um conjunto não negligenciável de tabus lingüísticos, que originam uma espécie de lei do silêncio. Portanto, para cada locutor há diferentes tipos de informação que ele não tem o direito de dar, não porque elas sejam em si mesmas objeto de proibição, mas porque o ato de dá-las constituiria uma atitude considerada repreensível. Segundo, toda informação explicitada torna-se, por isso mesmo, um tema de discussão possível, ou seja, tudo o que é dito pode ser contradito. Portanto, é necessário para toda crença fundamental, quer se trate de uma ideologia social ou pessoal, encontrar um meio de expressão que não a exponha, que não a transforme em um objeto contestável (Ducrot, 1972).

Partindo desses conceitos quais seriam os mecanismos da linguagem que permitem deixar na fala algo implícito?

Como estes sujeitos não se dispuseram a participar da pesquisa, recordamos que para podermos fazer a análise lingüística parafraseamos os seus dizeres. Relembramos também que tivemos cinco situações onde não houve disponibilidade para participar, nas três primeiras dois dos ginecologistas

abordados disseram: *“Não ter tempo disponível para ser entrevistado”* e o terceiro o argumentou: *“Não gostar de se expor”*.

Segundo Ducrot (1972) há a possibilidade de pensar o implícito através do enunciado, quando “para deixar entender o fato que não queremos assinalar explicitamente, colocamos em seu lugar outro fato que pode aparecer como a causa ou consequência necessária do primeiro”.

No primeiro exemplo, ao dizer: *“Não ter tempo disponível para ser entrevistado”*, deixaram implícito do enunciado algo sobre a não disponibilidade em participar, deixou-se entender algo que não quiseram falar explicitamente, ou seja, não foram eles que não quiseram participar da pesquisa, mas seus compromissos é que os impediram, ausentaram-se da responsabilidade de suas escolhas.

No âmbito social do que foi explicitado, poderíamos pensar que essa foi uma forma de não ser indelicado com a pesquisadora, evitando dizer diretamente que não gostariam de participar da pesquisa, ou seja, uma forma politicamente correta de se esquivarem de um compromisso maior.

Já no segundo exemplo, ao analisarmos a frase: *“Não gostar de se expor”* -, encontramos uma variante um pouco mais sutil do mesmo procedimento, ou seja, utilizou-se de uma forma de implícito que consiste em apresentar um raciocínio que se comporta como premissa necessária, mas não formulada, a tese, objeto de afirmação implícita, ou seja, a entrevista iria expor o entrevistado.

Neste caso, é pertinente lembrar que quem realizou a pesquisa é psicóloga de formação. Sabemos que no senso comum, o psicólogo é visto como aquele que

teria condições de ter percepções ampliadas das pessoas. Se levarmos em consideração que há alguma veracidade neste consenso popular, poderíamos dizer que neste caso ao se recusarem em participar estaria implícito que conceder uma entrevista a um psicólogo implicaria estar exposto às suas percepções profissionais.

Segundo o formulado por Ducrot, este tipo de implícito estaria no enunciado.

Por outro lado, pensando sob o vértice da psicanálise, poderíamos supor que a proposta de entrevista-los faria eco ao desejo recalcado de mostrar-se ao outro. Se esta hipótese fosse verdadeira, diríamos que a resposta foi na direção ao que se formulou internamente sobre o que constituiria a entrevista, ou seja, seria uma forma de estar exposto ao olhar do outro, o que não necessariamente condiz com o objetivo do estudo, uma vez que não estamos fazendo uma análise individual das informações coletadas.

Voltando aos conceitos proposto por Ducrot (1972), nas duas primeiras situações de indisponibilidade em participar “*Não ter tempo disponível para ser entrevistado*”, os argumentos utilizados permitem pensar em outra forma de implícito, que Ducrot chamou de “*implícito fundado na enunciação*”. Esta forma de implícito não está no nível do enunciado, do que foi explicitado, mas em um nível mais profundo, como condição de existência do ato de enunciação.

Segundo este mesmo autor, o implícito pode aparecer através de uma classificação lógica chamada de significação literal e outra chamada de significação implícita. Neste último, o locutor reduz sua responsabilidade no que foi explicitado (significação literal), ficando a significação implícita sob a responsabilidade do

ouvinte. É este último quem constitui através de seu próprio raciocínio, a partir da significação literal, o conteúdo implícito.

A quarta e a quinta situações, apesar de acontecerem em momentos diferentes, tiveram particularidades semelhantes. Dois ginecologistas, que a princípio concordaram em participar como sujeitos sugeriram que antes da entrevista a pesquisadora fizesse a leitura de textos indicados por eles, que tratavam de questões pertinentes ao tema em estudo. Em uma dessas situações houve apenas a sugestão, e na outra, no dia da entrevista, foi entregue à pesquisadora uma revista com o título *Ética em Ginecologia e Obstetrícia*, com os seguintes dizeres: “*Aqui tem um capítulo que fala sobre a relação médico-paciente*”.

Partindo desse exemplo, é possível dizer que a significação literal seria: “*Aqui tem um capítulo que fala sobre a relação médico-paciente*”, e a significação implícita poderia ser pensada a partir da escolha do tema da revista, ou seja, se é verdade que ao selecionar uma revista que fala sobre ética estaria implícito que os ginecologistas são éticos com suas pacientes, logo, ele, como ginecologista, também é ético. Então continua sendo verdade a significação literal.

Portanto, esta foi uma forma de dar a conhecer um pensamento, sem, contudo ter que assumir a responsabilidade de se ter dito. Este tipo de operação do implícito é chamado por Ducrot (1972, p. 21) de “implicitação como manifestação involuntária”, ou seja, uma forma de tornar pública uma determinada crença ou valor sem ter que assumir a responsabilidade de tê-lo feito.

Por outro lado, ao adotar essa conduta pode ser suposto que quem o faz não está completamente alheio ao seu comportamento. Sob o ponto de vista

psicanalítico, pode-se dizer que a manifestação involuntária é motivada por conteúdos inconscientes, do qual o sujeito não tem acesso.

Outro fato que chama a atenção na situação descrita acima foi o ato de entregar um material que pode ser significado. A revista é uma forma de linguagem que poderia expressar indiretamente um pensamento.

Seguindo os conceitos formulados por Ducrot, diríamos que o ginecologista ao entregar uma revista com tais conteúdos atesta (significação implícita) que sua percepção sobre as questões da relação médico-paciente seria a mesma exposta na revista.

Esta forma de implícito é contraditória à anterior, pois, neste caso, existe uma intenção por parte do locutor, porém, não deixa de ser uma forma de fazer saber que possibilita o poder de negar tal intenção. Essa forma de implícito permite ao locutor (ginecologista) suscitar certas idéias no destinatário (pesquisadora), sem correr o risco de tê-las formulado. Permite, portanto fazer sem ter dito.

O ato de introduzir um objeto externo como portador das informações que seriam solicitadas também é uma maneira de se ausentar do compromisso de dizer.

O implícito também pode ser pensado através do lugar que os operantes, locutor e destinatário, ocupam. Segundo Ducrot, o locutor ao interrogar o destinatário, coloca-o em uma posição que, de certa forma, o obriga a responder. O “poder” interrogativo que coloca o sujeito destinatário em posição de sentir-se interpelado a dar uma resposta, está fundamentado em uma espécie de regra que se estabelece

em determinada circunstância. Neste sentido, a língua deixa de ser apenas um lugar de encontro entre falantes, mas também impõe a este encontro formas determinadas.

Se levarmos em consideração que o médico está habituado a interrogar, ou seja, na sua prática diária é ele quem coloca o paciente em posição de ser interpelado. Sendo eles os sujeitos a serem entrevistados, os lugares estariam invertidos, pois, no lugar de informantes, seriam interpelados a responder às questões impostas pela pesquisadora.

Essas recusas poderiam sugerir que estes profissionais estão tão identificados com seu papel social de médico que não lhes foi possível ocupar outro lugar, ou seja, posicionaram-se como ginecologistas, classe profissional à qual pertencem e que tem critérios, estabelecidos pelo Conselho de Medicina, de como deve ser conduzida a relação médico-paciente. Não se posicionaram enquanto sujeitos sob estudo, sendo esta uma forma de se des-responsabilizar de suas percepções pessoais.

A partir das discussões acima, e levando em consideração que esta é uma especialidade que lida não só com questões da saúde, mas com tudo o que envolve o exercício da sexualidade e reprodução, é pertinente supor que os ginecologistas, enquanto representantes de uma coletividade (Ducrot, 1972), também possuem seus tabus lingüísticos. No que se refere ao manejo das questões da sexualidade que necessariamente permeiam uma consulta ginecológica, é possível que se origine uma espécie de lei do silêncio entre estes profissionais. Portanto, se há veracidade nesta hipótese poderíamos dizer que ela justifica, em parte, o silêncio que paira no ar quando se tem que discutir ou vivenciar tal situação.

Por outro lado, observamos um fato curioso nestas duas situações, pois os dois ginecologistas utilizaram um tempo semelhante aos que participaram da pesquisa para falar sobre suas experiências clínicas, e suas percepções sobre a relação médico-paciente, porém ambos não quiseram que suas conversas com a pesquisadora fossem gravadas e desistiram em seguida de participar da pesquisa.

Esta situação vivenciada nos permite pensar que este fato também é uma forma de produzir um silêncio, não deles, pois tiveram a oportunidade de falar como se fossem um dos sujeitos. Mas uma forma de produzir um silêncio na pesquisa, pois uma vez que desistiram de participar, suas falas não puderam ser utilizadas e foram “naturalmente censuradas”.

Neste sentido, perguntamos: O quê, ao dizer, deixou de ser dito, ficou excluído?

4.10.2. Entre o não dito e o silêncio

É pertinente diferenciar o silêncio dentro da versão lingüística do implícito, do silêncio a partir da análise do discurso.

No implícito, o silêncio é aquilo que não dito poderia ter sido, ou seja, é um silêncio que encontra correspondência na palavra, é passível de se tornar dito (Ducrot, 1972).

No campo da análise do discurso, Orlandi propõe pensar o silêncio como figura e não como fundo, em suas palavras: “Tomá-lo pelo que ele é, e não pelo que ele não é” (Orlandi, 1992, p.12). Para ela o silêncio atravessa as palavras, existe entre elas, indica que o sentido pode ser outro, ou que aquilo que é o mais importante nunca se diz. Portanto, todos esses modos de existir dos

sentidos e do silêncio levam a colocar este último como fundante, ou seja, para dizer uma coisa é preciso silenciar outra.

Neste sentido poderíamos pensar que nestas situações vividas, aparentemente, não houve silêncio. Pelo contrário, porém, se analisarmos mais de perto diríamos que algo foi posto em silêncio.

Pensando no silêncio como elemento fundador da fala, pode-se dizer que ele esteve sempre presente. Nas entrevistas realizadas com os ginecologistas que concordaram em participar da pesquisa, fez-se nas fissuras, nas rupturas, nas pausas, nos atos falhos das falas. E nas não disponibilidades em participar, o silêncio foi o próprio ato.

Segundo os conceitos desenvolvidos por Orlandi (1992), em um primeiro momento o silêncio não se configura como uma alteridade em relação à linguagem, ou seja, não está fora da linguagem, e, entretanto, não é só um complemento dela, mas possibilita os efeitos do sentido; põe em jogo os processos de significação. Ao mesmo tempo sustenta o efeito do “não um”, ou seja, os muitos sentidos, e possibilita o efeito do “um”, o sentido literal. Portanto, é porque há silêncio que é possível pensar no sentido.

Em um segundo momento, esta mesma autora aponta que o silêncio é exterior à linguagem, anterior a ela, configurando-se em um estado primeiro em torno do qual a palavra se movimenta. Nesse sentido, ele é tomado como a marca, na linguagem, da incompletude. Ela diz: “É a incompletude que produz a possibilidade do múltiplo, e é o silêncio que preside essa possibilidade. A linguagem empurra o que ela não é para o ‘nada’. Mas o silêncio significa esse

‘nada’ se multiplicando em sentidos: quanto mais falta, mais silêncio se instala, mais possibilidade de sentidos se apresenta” (Orlandi, 1992,p. 49).

Recordamos que na psicanálise o silêncio representa uma entidade teórica fundamental: dentre todas as manifestações humanas, é o que, de maneira muito pura, melhor exprime a estrutura densa e compacta, sem ruído e sem palavra do inconsciente (Nasio, 1989).

A partir desses conceitos é possível supor que estes ginecologistas falaram sem se dar conta dos seus dizeres, disseram para não dizer. Analisando mais de perto o contexto em que aconteceram estas recusas, diríamos que o que foi dito possibilitou elucidar que algo foi censurado, ficou interditado.

A análise do discurso também fala da censura como interdição da inscrição do sujeito em formações discursivas determinadas, ou seja, “proíbem-se certos sentidos porque impede o sujeito de ocupar certos lugares, certas posições. Desse modo, impede-se que o sujeito, na relação com o dizível, se identifique com certas regiões do dizer pelas quais ele se representa como (socialmente) responsável” (Orlandi, 1992, p. 107).

Como foi dito anteriormente, os ginecologistas pertencem a uma coletividade, uma classe social da qual são representantes. Supomos que para alguns a identificação com essa posição social está tão arraigada que acabam perdendo sua autonomia de circular em outras posições, tanto sociais como da linguagem.

Ainda dentro da análise do discurso, a censura sempre coloca um outro no interjogo, ela acontece na relação do dizer de “um” e do dizer do “outro”. Ampliando

esse conceito para a não disponibilidade em participar do estudo, diríamos que os ginecologistas funcionaram como a própria censura, pois, ao desistirem de participar da pesquisa, introduziram um limite, interditaram o dizer do outro (pesquisadora).

Mesmo havendo o impedimento para circulação das informações recebidas, a indisponibilidade em participar, ao mesmo tempo que provocaram um silêncio possibilitaram os movimentos que nos levaram a pensar nos possíveis sentidos para o que não dito.

Se pensarmos a censura a partir da psicanálise, diríamos que o não-dito está no inconsciente, um capítulo da história que está censurado, que faz a interdição no próprio sujeito. Neste sentido, as situações de recusa poderiam apontar para um tipo de censura interna, ou seja, estes sujeitos “não foram autorizados” por eles mesmos a dizer sobre o tema em estudo. Contudo, o silêncio imposto por estes ginecologistas permitiu um confronto com os sentidos, que permitiu circular seus efeitos.

Percorrido este trajeto, voltemos ao tema em estudo. Estas situações vivenciadas pela pesquisadora frente aos sujeitos que não se dispuseram a participar do estudo e que foram analisadas através de referenciais lingüísticos e análise do discurso, mostram-nos um fenômeno interessante para pensar a relação médico-paciente.

Quando os profissionais não podem – ou não se dão conta – de que a interação com a paciente mobiliza suas questões internas, a forma de comunicação com a paciente, o dito e o implícito ou o não dito e o silêncio, podem ser utilizados como forma de manejarem as inquietações internas não nomeadas, mas que permeiam constatemente a interação médico-paciente.

5. Conclusões

1. As consultas médicas, enquanto um encontro interpessoal único, mobilizam diversas inquietações afetivas nos médicos em geral, e nos ginecologistas em particular, frente ao fato de lidarem com o corpo em suas funções. Tais inquietações parecem ser moduladas conforme as possibilidades de elaboração verificadas nas vivências infantis com seus vínculos primários. Sugerimos que, para ambos os sexos, o contato com a mulher-paciente propicia um jogo freqüentemente sutil de sedução, assim como mecanismos de identificação com a mulher/paciente.
2. Os ginecologistas homens demonstraram maior preocupação em manter o *setting* da consulta “asséptico”, incorporaram em suas falas as recomendações do código de ética da especialidade, evidenciando uma provável tentativa de aplacar ou minimizar as possíveis interferências psicológicas - internas e externas – despertadas a partir do contato com a paciente.
3. Para as ginecologistas mulheres, o contato com a paciente (mesmo sexo) mobiliza inquietações psíquicas referentes à sexualidade do feminino.
4. As limitações contingentes da educação acadêmica desses ginecologistas, no que se refere ao manejo dos aspectos da sexualidade humana, que necessariamente

permeiam a consulta médica nesta especialidade, levam à busca de estudos complementares, eventualmente incluindo suportes psicoterápicos.

5. Os mecanismos de defesa do ego aparentemente mais identificados como forma de manejar as situações clínicas cotidianas foram identificação (projetiva e introjetiva), reparação, negação, cisão, racionalização e intelectualização.
6. A não disponibilidade em participar do estudo parece sinalizar para uma não-disponibilidade interna para manejar as mobilizações psíquicas que permeiam a relação médico-paciente.
7. Notamos que a relação médico-paciente está sujeita às interferências de experiências emocionais que constituem o psiquismo humano. O manejo das demandas inconscientes, despertadas a partir da relação médico-paciente, está associado à capacidade de elaboração de núcleos conflitivos que permeiam o dinâmico campo das relações humanas.

5.1. Considerações finais

Este estudo destaca a importância de se implementar, nos programas de residência na área da ginecologia, medidas psicopedagógicas a serem aplicadas em um contexto multidisciplinar, oferecendo condições de:

- [1] Criar um ambiente nas discussões de casos clínicos onde as questões psicodinâmicas da relação do médico (residente) com a paciente possam ser abordadas adequadamente.
- [2] Propiciar o acesso a eventual atendimento psicoterápico focal aos residentes, para que possam elaborar angústias e ansiedades despertadas em situações experienciadas específicas do atendimento médico.

6. Referências Bibliográficas

Assoun PL. Metapsicologia freudiana: uma introdução. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995.

Barbier R. Pesquisação na Instituição Educativa. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara; 1985.

Bardin L. Analise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Ed. Ateneu; 1984.

Bastos LAM. Corpo e subjetividade: um diálogo da psicanálise com a medicina. Rev Bras Psicanálise 2003; 37(1): 145-58.

Beauvoir S. O segundo sexo. Tradução de Sérgio Millet. Rio de Janeiro: Ed Nova Fronteira; 1990.

Berg M. Rationalizing Medical Work: Decision-support Techniques and Medical Practices. Cambridge, Massachusetts: MIT Press; 1997.

Berriot-Savadores E. Un corps, un destin. Paris: Honoré Champion; 1993.

Bíblia. Gênesis. Português. Bíblia Sagrada. Tradução João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil [19 --].

Bion WR. Elementos de Psicanálise. Tradução de Jaime Salomão 2. ed. Rio de Janeiro: Imago; 2004.

- Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. Tradução de Rita Maria Moraes. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- Boltanski L. A relação Doente-Médico. in: BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. Tradução de Regina Machado. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
- Borges JL. Las Ruinas Circulares (1943). in: Jorge Luis Borges: obras completas. Buenos Aires: Emecé; 1989. p.451-55. v.2.
- Botega NJ. No hospital geral: lidando com o psíquico, encaminhando para o psiquiatra.. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1989.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196, de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. [acesso em 23 de abr de 2007]; Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm
- Breen D, org. O Enigma dos Sexos: perspectivas psicanalíticas contemporânea da fertilidade e da masculinidade. Rio de Janeiro: Imago; 1998.
- Bueno FS. Dicionário da língua portuguesa. 11.ed. Rio de Janeiro: FENAME; 1979.
- Caprara A, Franco ALS. A relação médico paciente para humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública 1999; 15 (3): 647-54.
- Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9 (1): 139-46.
- Cecarelli PR. A construção da masculinidade. Percurso, 1997; 19: p. 49-56.
- Chasseguet-Smirgel J. A Sexualidade Feminina. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
- Chaves EL. Desejo masculino de maternidade: texto inspirado em um conto de Jorge Luis Borges. Cad Psicanál 2000; 16 (19): 181-96.

Clavreul J. A ordem médica. São Paulo: Brasiliense; 1983.

Colucci VL. Riso e Rubor: Reflexões sobre a escrita de uma tese. in: Leite NVA org. Corpolinguagem: a est-ética do desejo. Campinas: Mercado das Letras; 2005. p. 269-80.

Costa JF. Sem fraude, nem favor: um estudo sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.

Cunha F. Deusas, bruxas e parteiras. Porto Alegre: Solivros; 1994.

Davis-Floyd R, St.John G. The technocratic model of medicine. in: Davis-Floyd R, St.John G. From doctor to healer: the transformative journey. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 1998. 15-48p.

Davis-Floyd R. The Technocratic Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2001: 75 Suppl 1: 5-23.

Declaração de Helsinki V [acesso em 23 de abr de 2007]. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/helsin5.htm

De Meur A, Staes L. Psicomotricidade: educação e reeducação. São Paulo: Manole; 1989.

Del Priore M. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino In: Del Priore M, org, Bassanezi C, coord, História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto; 1997. p. 78-114.

Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London: Sage; 1994

Deutsch H. La psicologia de la mujer. Buenos Aires: Losada; 1947.

Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. in: Chanlat J, org, indivíduo nas organizações: Dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas; 1992. p 149-73.

Dör J. Introdução a Leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como Linguagem. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Ducrot O. Princípios de Semântica Lingüística – dizer e não dizer. São Paulo: Ed. Cultrix; c1972.

Erikson E. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.

Fernandes MH. O corpo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Ferrari AB. O eclipse do corpo: uma hipótese psicanalítica. Tradução de Marcella Mortara. Rio de Janeiro: Imago; 1995.

Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa. 3.ed. rev e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

Freud S. Psicopatología de la vida cotidiana (1900). in: Freud S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo I. p.755-931.

Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual (1905). in: Freud S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo II. p. 1169-1237.

Freud S. Escritores Creativos y Devaneios (1908) In: Gradiva de Jansen e outros trabalhos in: Freud S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo II. p.1285-1364.

Freud S. Las perspectivas futuras de las terapeuticas psicoanaliticas (1910) in: Freud S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo II. p. 1169-1237.

Freud S. Lecciones Introductorias al psicoanalisis (1916) in: Freud, S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo II p. 2123-2130.

Freud S. Psicología de las masas y análisis del “yo” (1921). in: Freud S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo III. p. 2563- 2610.

- Freud S. La disolución del complejo de Edipo (1924). in: Freud S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo III. p. 2749- 2751.
- Freud S. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica (1925). in: Freud S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo III. p. 2897- 2903.
- Freud S. La feminidad (1933) in: Freud S. Obras Completas. Bueno Aires: El Ateneo; 2003. Tomo III. p. 3165-3178.
- Goldberg A. O asilo Eberbach e a(s) práticas(s) de ninfomania na Alemanha. J Womens Hist. 1988; 9 (4): 1815-1849.
- Gombrich EH. A história da arte. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
- González Rey F. La investigación en psicología: rumbos y desafíos. São Paulo: EDUC; 1999.
- Heilborn ML. Gênero: uma breve introdução. in: Neves MGR, Costa D, org. Gênero e desenvolvimento institucional em ONGs. Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/NEMPP; 1995. p. 9-13.
- Japiassu H, Marcondes D. Dicionario Básico de Filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1990.
- Jacques MG. Identidade. in: Jacques MG, Strey MN, Bernardes MG, Guareschi P, Carlos AS, Fonseca TMG. Psicologia social contemporânea. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 159-87.
- Jeamment P, Reynaud M, Consoli MS. Manual de Psicologia Médica. 2. ed. Buenos Aires: Masson S.A.; 2000.
- Kehl MR. A Impostura do Macho. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre 2004: 27; 90-102.

Klein M. Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental (1959) in: Klein M. Inveja e Gratidão 4.ed. Rio de Janeiro:Imago; 1991. p.270-9.

Klein M. Amor, culpa e reparação (1937) in: Klein M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945). Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro:Imago; 1996. p.345-384.

Kristeva J, Rudelic-Fernandez D. Psicanálise e lingüística. in: Kaufmann P, ed. Dicionário enciclopédico de psicanálise: O legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996. p. 661-70.

Lacan J. O estágio do espelho como formador da função do eu. in: Lacan J. Escritos Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p.96-103.

Lacan J. Deus e o Gozo d'A Mulher in: Lacan J. O seminário: Livro 20: Mais, ainda. Versão brasileira de M.D. Magno. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. p. 87-104.

Lacan J. Letra de uma Carta de Almor in: Lacan J. O seminário: Livro 20: Mais, ainda. Versão brasileira de M.D. Magno. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. p.105-20.

Lagache D. La Unidad de la Psicología. Barcelona: Paidós-Ibérica; 1985.

Lakatos EM. e Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1991.

Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins, 1991.

Lichtenstein H. Identity and sexuality. J Am Psychoanal Assoc. 9, 179-261;1961.

Ludke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

Maldonado MT, Canela P. A relação médico-paciente em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Roca; 1988.

Mandet ESC. La fascinacion de los significados una problemática acerca de la nocion de cuerpo em psicoanalisis. in: Revista de Psicoanálisis con Niños e Adolescentes 1993; Tomo 1(1): 114-24.

Margotta R. História ilustrada da Medicina. Tradução: Marcos Leal. São Paulo: Manole, 1998.

Meirelles JCG. Um estudo sobre o assedio sexual no exercício da medicina [Dissertação - Mestrado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2004.

Melo VH. Evolução histórica da Obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher [Dissertação - Mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 1983.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO;1996.

Mioto RCT. Famílias de jovens que tentam suicídio [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1994.

Mijolla A Dicionário internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições. Tradução Álvaro Cabral, Rio de Janeiro: Ed. Imago; 2005. 2v.

Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2. ed. London: Sage; 1995.

Moscucci O. The science of woman: gynecology and gender in England (1800-1929). Cambridge: Cambridge University Press; 1993.

Muraro RM, Boff L. Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

Muraro RM. A mulher no terceiro milênio: uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro. 6. ed. Rio de Janeiro: Record: Rosas dos Tempos; 2000.

Nasio JD, org. O silêncio em psicanálise. Tradução Marta Prada e Silva. Campinas: Papirus; 1989.

Nasio, JD. Os sete conceitos cruciais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1991.

Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA, Turato ER. Medical student's perception of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. Med Educ 2006; 40:322-328.

O'Dowd MJ, Philipp EE. História de la Ginecología y Obstetricia. Barcelona: Edika Méd; 1995.

Orlandi PE. As formas do silêncio: no movimento dos sentidos. Campinas: Editora da UNICAMP, 1992.

Patton MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods. 2. ed. Sage: California, 1991.

Platão. Apologia de Sócrates Banquete Platão. Tradução Jean Melville. São Paulo: Martin Claret; 2002. p 87-173. (Coleção a Obra-Prima de Cada Autor).

Perestrelo A. A medicina da pessoa. Rio de Janeiro: Atheneu; 1982.

Pires FB. Piercing, Implante, Escarificação, Tatuagem: o corpo como suporte da arte [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Quinet A. Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.

Reuchelin M. Os Métodos em Psicologia. Lisboa: Moraes Editores; 1979.

- Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher [Tese - Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
- Rohden F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horiz Antropol* 2002; 8 (17): 101-25.
- Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. in. Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 45-56.
- Rosa MD. O não-dito como operador na clínica com crianças e adolescentes. in: Pacheco Filho R, Rosa MD, Coelho N, LoBianco AC, org. *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica*. Taubaté (SP): Cabral Universitária; 2002 p. 97-114.
- Rosas CF, coord. *Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia*. 2.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002. 141p.
- Rothman BK. *In Labor: women an power in the birthplace*. New York: W.W. Norton & Co Inc; 1982.
- Saussure F. *Curso de lingüística geral*. São Paulo: Cutrix; 1991.
- Sanford JA. *Os parceiros invisíveis: o masculino e o feminino dentro de cada um de nós*. Tradução L. F. Leal Ferreira. São Paulo: Paulus; 1986.
- Stark P. Teaching and learning in the clinical setting: a qualitative study of the perception of student and teachers. *Med Educ* 2003; 37(11):975-82.
- Segal H. Os estágios primitivos do Complexo de Édipo. in: Segal H. *Introdução a obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago; 1975. p.117-29.
- Starobinski J. Brève histoire de la conscience du corps. *Rev Fr Psychana* 1980; 45(2): 261-79.

- Stern, D. O mundo interpessoal do bebê. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- Stoller R. – Masculinidade e feminilidade: apresentação do gênero. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Trujillo Ferrari A. Metodologia da Pesquisa Científica. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil; 1982.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciência sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas humanas e da saúde. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Volich RM. Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- Winnicott DW. Os bebês e suas mães. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Zaretsky E. Identity Theory, Identity Politics: Psychoanalysis, Marxism, Post-Structuralism. in: Calhoun Craig, ed. Social Theory and the Politics of Identity. Cambridge, Mass./Oxford, Blackwell;1995.
- Zimmerman VB. A formação psicológica do médico in: Mello Filho J. Psicossomática hoje. Porto Alegre; Artes Médicas; 1992. p. 64-9.
- Zimmerman D. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Porto Alegre; ArtMed; 2001.
- Zordan PBMBG Bruxas: figuras de poder. Estudos Feministas 2005; Florianópolis, 13(2): 331-41.

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^aed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO SERVIÇO ONDE SE REALIZARÃO AS ENTREVISTAS

Venho, por meio desta carta, autorizar o desenvolvimento da pesquisa intitulada “O Manejo de questões da sexualidade emergentes na relação médico paciente no *setting* da consulta: Um Estudo Clínico-Qualitativo”, pela doutoranda Silvia Nogueira Cordeiro, junto a(o), sob a orientação do Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato e co-orientação do Prof. Dr. Paulo César Giraldo.

Campinas, de agosto de 2004

Nome

Cargo

8.2. Anexo 2 – ROTEIRO DE CAMPO COM O INSTRUMENTO AUXILIAR DE PESQUISA

O Manejo de questões da sexualidade emergentes na relação médico-paciente no *setting* da consulta ginecológica: Um Estudo Clínico-Qualitativo

Entrevista Nº _____

Local (Instituição): _____

Cidade e data: _____, ____/____/____

Início: _____:_____h. Término: _____:_____h. Duração em minutos: _____

Entrevistador: _____ Assinatura: _____

A - Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

1) Nome Completo: _____

2) Endereço para Contato: _____

3) Sexo: _____

4) Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

5) Naturalidade: _____

6) Estado Civil _____

Questões disparadoras:

1. O Ginecologista é o médico de referencia da mulher, pois a acompanha clinicamente por períodos longos e importantes da vida reprodutiva. Esta peculiaridade da especialidade médica torna o vínculo médico-paciente mais estreito do que em outras especialidades. Gostaria que você falasse sobre sua percepção na formação deste vínculo a partir da sua prática clínica.
2. Pensando que as crianças têm durante a infância um referencial forte do cuidado feminino, pois na grande maioria das vezes é a mãe que exerce essa função, como é para os ginecologistas exercer a função de cuidar da mulher e inverter a relação (cuidador-cuidado) estabelecida na infância.
3. Os profissionais da saúde tem um contato muito próximo com as pessoas, para o médico este contato fica mais estreito, pois é necessário realizar exames físicos na paciente. Sabemos que o contato com o outro somos tomados por vários tipos de sentimentos Gostaria que você comentasse, como os ginecologistas fazem para lidar com eventuais impulsos que podem surgir durante a consulta médica.
4. Existiria alguma diferença no manejo da consulta entre ginecologista homens e mulheres?
5. Existe uma frase sobre a profissão do ginecologista que diz que “os ginecologistas trabalham aonde o outro se diverte” Pensando que essa frase poderia ter alguma veracidade. Como seria para o ginecologista trabalhar aonde o outro se diverte?
6. Gostaria de acrescentar alguma coisa sobre tudo o que conversamos?

8.3. Anexo 3 – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Pós-Informação para Profissionais em Pesquisa Clínico-Psicológica

Instituição: UNICAMP – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia.

Pesquisa: O Manejo de questões da sexualidade emergentes na relação médico-paciente no *setting* da consulta ginecológica : Um estudo clinico-qualitativo

Pesquisadora: Sílvia Nogueira Cordeiro – Doutoranda em Tocoginecologia – E-mail: silvianc2000@hotmail.com

Orientadores: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato – Dep. Psicologia Médica e Psiquiatria - E-mail: erturato@uol.com.br

Prof. Dr. Paulo César Giraldo– Departamento de Tocoginecologia – E-mail: giraldo@unicamp.br

Telefones (19) 3788-7400 – Pós-Graduação em Tocoginecologia da FCM / Unicamp
(19) 3788-8936 – Comitê de Ética em Pesquisa do CAISM / Unicamp

O objetivo desta pesquisa científica é conhecer os significados atribuídos pelos médicos ginecologistas às questões da sexualidade emergentes no *setting* da consulta médica. Para tanto, serão realizadas entrevistas semidirigidas com o propósito de alcançar os objetivos da pesquisa.

Estas entrevistas serão gravadas e os registros feitos serão utilizados somente pela pesquisadora responsável, os dados de identificação dos sujeitos serão feitos apenas indicando as iniciais do nome. O relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Não haver benefícios diretos ou imediatos para as informantes deste estudo, além da oportunidade de poderem pensar sobre sua prática profissional e a repercussão que ela produz na vida pessoal, mas poderá haver mudanças futuras na relação que irá se estabelecer entre ginecologistas e suas clientes, depois conhecimento das conclusões deste estudo.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que eu, _____, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em fitas cassetes.

Estou CIENTE de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou CIENTE de que a pesquisadora fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que será preservada minha identificação pessoal. Alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como for por mim relatado, para discutirem os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou CIENTE de que não há riscos clínicos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

Estou CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo a minha pessoa.

Estou CIENTE de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Entrevista Nº _____

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____.